BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

Paris. — Typographie Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères.

BULLETIN

DE LA

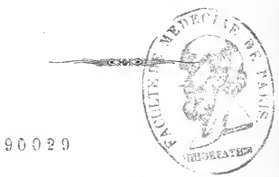
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1874

TROISIÈME SÉRIE

TOME TROISIÈME



PARIS

GEORGES MASSON, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17

1875



BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 100 francs, en livres, pour récompenser la meilleure thèse de chirurgie soutenue en France, dans le courant de l'année, par un interne des hôpitaux civils ou militaires.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs dont le sujet n'est déterminé par la Société que tous les six ans, et qui, chaque année intermédiaire, est laissé au choix des compétiteurs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs, dont le sujet est déterminé par la Société.

P. C. HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. BÉRARD.
1845. — MICHON.
1846. — MONOD.
1847. — LENOIR.
1848. — ROBERT.
1849. — CULLERIER.
1850. — DEGUISE père.
1851. — DANYAU.
1852. — LARREY.
1853. — GUERSANT.
1854. — DENONVILLIERS.
1855. — HUGUIER.
1856. — GOSSELIN.
1857. — CHASSAIGNAC.
1858. — BOUVIER.

MM.

1859. — DEGUISE fils.
1860. — MARJOLIN.
1861. — LABORIE.
1862. — MOREL-LAVALLÉE.
1863. — DEPAUL.
1864. — RICHET.
1865. — BROCA.
1866. — GIRALDÈS.
1867. — FOLLIN.
1868. — LEGOUEST.
1869. — VERNEUIL.
1870. — A. GUÉRIN.
1871. — BLOT.
1872. — DOLBEAU.
1873. — TRÉLAT.

COMPOSITION DU BUREAU

POUR L'ANNÉE 1874.

Président.	MM. Maurice Perrin.
Vice-président.	L. Le Fort.
Secrétaire général.	F. Guyon.
Secrétaire annuel.	de Saint-Germain.
Vice-secrétaire.	Marc Sée.
Trésorier.	Guéniot.
Archiviste.	Giraud-Teulon.

MEMBRES HONORAIRES.

MM. Boinet.
Bouley.
Bouvier.
Broca.
Chassaignac.
Cloquet (J.).
Cullerier.
Deguise.
Depaul.
Giraldès.

MM. Gosselin.
Hervez de Chégoin.
Larrey (baron).
Legouest.
Maisonneuve.
Monod.
Richet.
Ricord.
Voillemier.

MEMBRES TITULAIRES.

MM. Blot (Hippolyte).
Cruveilhier.
Demarquay.
Desormeaux.
Desprès.
Dolbeau.
Dubrueil.
Duplay.
Forget.
Giraud-Teulon.
Guéniot.
Guérin (Alphonse).
Guyon (Félix).
Houel.
Horteloup.
Labbé (Léon).

MM. Lannelongue.
Ledentu.
Le Fort (Léon).
Magitot.
Marjolin.
Nicaise.
Panas.
Paulet.
Perrin (Maurice).
Polaillon.
de Saint-Germain.
Sée (Marc).
Tarnier.
Tillaux.
Trélat.
Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).

Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.

Avat (d'), chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).

Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

Azéma, à l'île de la Réunion.

Baizeau, médecin principal de l'armée.

Bardinet, directeur de l'École de médecine de Limoges.

Benoît, professeur à la Faculté de Montpellier.

Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.

Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.

Bernard, à Apt (Vaucluse).

Bœkel, à Strasbourg.

Bouchacqurt, professeur à l'école de médecine de Lyon.

Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).

Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Cazin, à Boulogne.

Champenois, médecin principal de l'armée (hôpital du Gros-Caillou).

Chapplain, à Marseille.

Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.

Chipault, à Orléans.

Closmadeuc, chirurgien, de l'hôpital de Vannes.

Colson, à Noyon.

Coste, directeur de l'École de médecine de Marseille.

Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.

Dauvé, médecin-major de l'armée.

Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

DECÈS (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
DELACOUR, directeur de l'École de médecine de Rennes.
DELORE, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
DENUCÉ, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
DESGRANGES, professeur à l'École de médecine de Lyon.
DIDAY, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
DROUINEAU, chirurgien des hôpitaux civils de la Rochelle.
DUBOUÉ, chirurgien à Pau.
DURREUILH (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
DUMÉNIL, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPLOUY, professeur à l'école navale de Rochefort.
ERHMANN, à Mulhouse.
EHRMANN (Ch.-H.), doyen honoraire de la Faculté de Strasbourg.
FAUCON, à Amiens.
FLEURY, chirurgien de la marine à Constantinople.
FLEURY, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.
GAUJOT, médecin-major de l'armée au Val-de-Grâce, à Paris.
GAYET, professeur suppléant à l'école de médecine de Lyon.
HERRGOTT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
HEURTAUX, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
HOUZÉ DE L'AULNOIT, professeur à l'École de médecine de Lille.
HOUZELOT, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.
ISNARD, chirurgien de l'armée en retraite.
JOUON, professeur à l'École de médecine de Nantes.
KŒBERLÉ, à Strasbourg.
LANELONGUE, professeur à l'école de médecine de Bordeaux.
LEJEAL, chirurgien à Valenciennes.
LETENNEUR, professeur à l'École de médecine de Nantes.
LIZÉ, chirurgien de la Maternité du Mans.
MASCAREL, à Châtellerault (Vienne).
MAUNOURY, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
MICHEL, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
MIRAULT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.
MONTEILS, à Mende (Lozère).
MORDRET, chirurgien au Mans.
MOURLON médecin de l'armée (Algérie).
NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
OLLIER, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Parise, professeur à l'École de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Pétrequin, à Lyon.
Philippe, médecin principal de l'armée.
Philippeaux, à Lyon.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital militaire à Marseille.
Plouviez, à Paris.
Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.
Putégnat, à Lunéville (Meurthe).
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, directeur du service de santé de la marine à Brest.
Ribell, chirurgien de l'hôpital de Toulouse.
Roux (J.), inspecteur général de la marine à Paris.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Sédillot, membre de l'Institut (Acad. des sciences), professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
Serre, à Alais.
Silbert, à Aix.
Sistach, médecin-major de l'armée.
Soulé, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux.
Spillman, agrégé au Val-de-Grâce.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Valette, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Vallet, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).



BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE

SÉANCE DU 7 JANVIER 1874.

Présidence de M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Progrès médical.* — *La Tribune médicale.* — *La France médicale.* — *Les Archives générales de médecine et de chirurgie.* — *Le Bulletin de la société d'observation de la Dordogne.* — *La Revue médicale de l'Est.* — *Le Lyon médical.* — *La Revue médicale de Toulouse.* — *Le Bulletin de l'association française pour l'avancement des sciences.* — *Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique.* — *L'Indépendante de Turin*, n° 36.

MM. Krishaber, Tessier, Périer, Nicaise, écrivent pour faire acte de candidature à la place de titulaire déclarée vacante.

MM. BROCA et BEAUGRAND offrent à la société les œuvres de Gerdy aîné.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la lettre suivante adressée par Mme veuve Huguier.

« Monsieur le président,

« Connaissant le vif intérêt que le docteur Huguier portait à la « Société de chirurgie, dont il fut l'un des membres et l'un des fon- « dateurs, et voulant réaliser le désir qu'il m'a exprimé de léguer à « cette société une rente annuelle de 1,000 francs, je crois me con- « former aux intentions de votre collégue et honorer la mémoire de « mon cher mari, en vous priant, monsieur le président, de vouloir « bien accepter, au nom de la Société de chirurgie, un titre de rente de « 1,000 francs que je suis heureuse de pouvoir mettre à votre dispo- « sition. — La société décidera elle-même de l'emploi de cette « somme le plus utile à ses travaux et y attachera le nom du fon- « dateur.

« Veuillez agréer, monsieur le président, et faire agréer à mes- « sieurs les membres de la Société de chirurgie l'assurance de ma « haute considération.

« A. veuve HUGUIER.

« Ce 7 janvier 1874. »

M. le docteur Emmanuel Voyet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Chartres, adresse à la société une lettre dans laquelle il rappelle qu'en 1867, à l'hôpital Beaujon, Adolphe Richard, dont il était alors l'interne, employa pour deux grandes amputations (une de jambe et une d'avant-bras), la compression élastique avec le caoutchouc comme moyen hémostatique.

RAPPORT

M. SÉE lit la fin de son rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Laborie dont voici un résumé :

Messieurs, trois mémoires, tous relatifs à des questions importantes de chirurgie, nous ont été envoyés cette année pour le concours du prix Laborie.

Le premier est intitulé : *De l'origine septicémique des complications viscérales dans l'ostéite aiguë de l'enfance.* L'auteur, cherchant la cause de la gravité toute particulière que présente cette affection, s'efforce de démontrer que cette cause n'est autre que la septicémie et que c'est à elle qu'il faut rattacher toutes les complica-

tions viscérales qu'on rencontre dans ces cas. Bien plus, il soutient que toute ostéite s'accompagne, dès son début, d'une infection analogue, dont les divers degrés expliqueraient seuls l'intensité variable des accidents à chaque période de la maladie. Les conclusions de ce travail, établies *à priori* plutôt que déduites de l'observation, n'ont pas paru à votre commission suffisamment justifiées.

Le deuxième mémoire porte ce titre : *Étude clinique et expérimentale sur l'étranglement herniaire et en particulier sur l'action des gaz dans la production de cet accident.* Frappé des lacunes que présente, selon lui, la théorie de l'étranglement herniaire, l'auteur de ce mémoire a entrepris une longue série d'expériences sur les animaux, dans le but de jeter un peu de lumière sur quelques points laissés dans l'ombre et pour contrôler certaines théories qu'il croit acceptées généralement avec trop de complaisance.

Ces expériences sont très-intéressantes ; mais leurs résultats s'éloignent tellement, surtout en ce qui concerne la circulation des gaz dans les anses herniées, des opinions reçues, qu'ils auraient besoin d'être contrôlés pour être admis définitivement. D'ailleurs, la théorie à laquelle l'auteur s'arrête, comme en désespoir de cause, semble difficilement acceptable, pour ne pas dire davantage.

Le mémoire n° 3, enfin, a pour titre : *De la taille hypogastrique avec suture vésico-abdominale, mettant à l'abri des infiltrations urineuses.* Les conclusions de ce mémoire sont formulées en quelque sorte dans les lignes suivantes : « Nous nous sommes dit que si l'on pouvait se mettre à l'abri de l'inflammation du péritoine et surtout des infiltrations urineuses, il serait possible de faire de la taille hypogastrique une des opérations les plus sûres de la chirurgie.

« Nous croyons être arrivé à ce but :

« 1° En simplifiant le manuel opératoire.

« 2° En distendant la vessie avec de l'acide carbonique, et en incisant la ligne blanche et les parois vésicales sur le doigt.

« 3° En fermant la plaie vésico-abdominale par la suture, jusqu'à organisation du trajet, et en laissant à demeure une sonde constamment ouverte. »

Mais la taille hypogastrique, modifiée comme le veut l'auteur, n'a jamais été appliquée sur l'homme vivant et même n'a été essayée qu'un petit nombre de fois sur des animaux. De plus, certains détails du manuel opératoire ont paru, à plusieurs de vos commissaires, trahir une inexpérience qui ne permet pas de l'approuver sans réserves.

En conséquence, votre commission vons propose les résolutions suivantes :

1° Le prix Laborie n'est point décerné cette année.

2° Sur les sommes restées disponibles à la suite des concours précédents, la société accorde un encouragement de 500 francs à l'auteur du mémoire n° 3, et un encouragement de 400 francs à l'auteur du mémoire n° 2, pour la partie expérimentale de leurs mémoires.

RAPPORT

M. DESPRÈS lit le rapport suivant :

Désarticulation du genou. — Vous avez chargé, messieurs, une commission composée de MM. Legouest, Perrin et votre rapporteur, de vous rendre compte d'un travail de M. Duplouy, candidat à la place de membre correspondant national, médecin de la marine à Rochefort, relatif à quatre observations de désarticulation du genou.

L'auteur, après avoir rappelé la controverse qui s'est élevée jadis dans notre pays, au sujet de la valeur de la désarticulation du genou, conclut à la supériorité de la désarticulation du genou sur l'amputation au tiers inférieur de la cuisse. Il s'appuie sur son expérience personnelle, sur quatre désarticulations qu'il a pratiquées, trois primitives et une secondaire, et sur les statistiques anglaises et américaines qui sont parvenues dans notre pays.

Voici le résumé des quatre observations de M. Duplouy :

Dans le premier cas, il s'agit d'une désarticulation du genou pratiquée pour un phlegmon diffus de la jambe en voie de guérison, mais qui avait disséqué les muscles au point que toute guérison définitive était impossible. Il restait assez de peau pour tailler les lambeaux de la désarticulation du genou.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, a bien guéri sans accidents après une suppuration de trente-sept jours. Il marcha ensuite avec un pilon sur lequel appuyait directement le moignon. Ceci se passait le quatre-vingt-deuxième jour après la désarticulation ; on ne sait pas si le malade continua à marcher de la sorte.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un ouvrier âgé de trentre-neuf ans, qui eut la jambe écrasée par une roue de chemin de fer ; le tibia était broyé au 1/3 moyen jusqu'au 1|3 supérieur. La désarticulation a été pratiquée, et le malade est mort du tétanos.

Dans le troisième cas, il est question d'un ouvrier de vingt-deux

ans, qui eut la jambe écrasée par la roue d'une locomotive. Les désordres étaient assez étendus. La désarticulation a été pratiquée peu d'heures après la blessure. Il y eut tout de suite une fièvre intense; puis des fusées purulentes vinrent à deux reprises compromettre le succès de l'opération. Le malade guérit après trois mois de suppuration, d'exfoliation de tendons et de cartilages, c'est-à-dire d'arthrite purulente dans les restes de l'articulation. Le malade marche sur son moignon, qui a servi de modèle au moule que vous voyez et que nous a envoyé M. Duplouy. Il n'est point question de la marche ultérieure du malade.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'un écrasement de la jambe par une roue de voiture pesamment chargée. La désarticulation est pratiquée huit heures après l'accident. Le blessé, âgé de quarante-quatre ans, était un homme robuste. Il y avait des points contusionnés au niveau du genou, et ils furent mieux constatés pendant l'opération; le lambeau se sphacèla dans une étendue de 5 centimètres, et les condyles furent mis à nu. Des fusées purulentes dans la cuisse mirent en danger la vie du malade. La guérison eut lieu néanmoins après trois mois et demi de suppuration. Le malade marche avec un cuissard, c'est-à-dire avec le pilon de l'amputation de la cuisse; la cicatrice, située sur la partie saillante du moignon, s'opposait sans doute à l'usage du pilon approprié pour l'amputation de la jambe (1).

Le procédé de désarticulation employé par M. Duplouy est le procédé de Chaix, des Anglo-Américains, c'est-à-dire le procédé de Smith ou de Béclard, suivant Velpeau. On taille un grand lambeau antérieur, quadrilatère ou arrondi, formé par la peau et le tissu cellulaire, puis un petit lambeau postérieur destiné à couvrir l'espace intercondylien. La rotule est laissée dans le lambeau et les surfaces articulaires ne sont point rugiuées dans le but de détruire le cartilage.

M. Duplouy donne ensuite une statistique inédite des désarticulations du genou pratiquées par nos chirurgiens de marine. Sur trois opérations de ce genre, M. Beau, de Toulon, a obtenu deux guérisons et une mort.

M. Drouet a fait, à Rochefort, une désarticulation qui a été suivie de pyoémie, ce qui fait pour l'hôpital de Rochefort trois guérisons et deux morts. Si l'on ajoute aux faits appartenant à M. Beau, de Tou-

---

(1) Ces deux dernières observations ont été publiées déjà dans la thèse de Lartigue. Th. Montpellier, janvier 1872.

lon, un fait publié par M. Arlaud, de Toulon (1), on a pour les hôpitaux maritimes de Toulon trois guérisons et une mort.

De ces deux courtes statistiques, celle qui me paraît devoir attirer le plus l'attention est celle de M. Duplouy, car il lui a été facile de vérifier sur les registres de l'hôpital de Rochefort tous les cas de désarticulation qui ont pu être pratiqués pour une période d'années connues.

L'auteur rappelle que Velpeau avait cherché à réhabiliter, dans notre pays, la désarticulation du genou ; que M. Pollock, en Angleterre, a produit une statistique de laquelle il ressort que les chirurgiens anglais ont obtenu trente-six guérisons sur quarante-huit désarticulations, et que les Américains ont obtenu des résultats semblables, ce qui revient à dire que les Anglo-Américains, à l'époque où écrivait M. Pollock, avaient obtenu pour la désarticulation du genou une mortalité de 25 0/0.

La question n'est pas plus nouvelle qu'elle n'est résolue. Voulez-vous recommencer la discussion sur la gravité relative plus ou moins grande de la désarticulation ou de l'amputation dans la continuité ? Devons-nous reprendre pour le genou, comme pour l'épaule, cet axiome général de Sanson que les désarticulations sont moins graves que les amputations dans la continuité, et qu'elles exposent moins à l'infection purulente ? Jusqu'ici, les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires se sont prononcés à Paris contre la désarticulation du genou. En effet, il est prouvé, par la statistique que M. Trélat a présentée en 1862, à l'Académie de médecine, qu'il n'a été pratiqué en dix années que quatre désarticulations du genou dans nos hôpitaux.

Pour juger la valeur d'une opération, nous possédons deux moyens de contrôle : les statistiques, d'une part, et l'examen critique des observations, de l'autre.

Les statistiques de désarticulation du genou sont de deux ordres : les unes sont construites à l'aide de faits publiés dans les journaux ; ce sont des statistiques auxquelles on peut reprocher d'être incomplètes ; les autres sont les statistiques intégrales. Parmi les premières, il faut citer : la statistique de M. Pollock (2). Cet auteur, en effet, n'a pu réunir tous les faits de désarticulation du genou suivies de mort qui n'avaient pas été publiés. C'est ce qui ressort de la discussion qui eut lieu après la communication de M. Pollock au Collége des chirur-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1862.
(2) Cons. *The Lancet*, décembre 1869.

giens de Londres. M. Holt House, en effet, cite un fait de désarticulation du genou, suivi de mort, non publié.

La courte statistique de M. Duplouy paraît plus complète, c'est tout ce qu'il y a eu de désarticulations du genou, à Rochefort, en cinq années, et vous avez vu qu'il y a eu trois guérisons et deux décès. Cette proportion de mortalité, qui est de 40 0/0, se rapproche davantage de la proportion de mortalité que nous offrent les statistiques intégrales.

Les statistiques de la chirurgie d'armée, portant sur un ensemble de faits dont aucun n'échappe, fournissent des résultats moins discutables que les précédentes statistiques.

Voici les chiffres :

Guerre de Crimée. — Armée française : 40 désarticulations du genou, 34 morts : mortalité 85 pour 100 ;

Armée anglaise : 7 désarticulations, 4 morts : mortalité 57 pour 100.

Guerre d'Italie. — Armée française : 4 désarticulations, 3 morts : mortalité 75 pour 100.

Armée autrichienne : 3 désarticulations, 3 morts : mortalité 100 pour 100.

Guerre d'Amérique (guerre de la sécession), 116 désarticulations, 64 morts : mortalité 55 pour 100.

Au Mexique, il n'y a eu qu'une désarticulation du genou, elle a été suivie de mort. Mais ce qu'il y a de particulier à noter, c'est que les amputations de cuisse ont donné une proportion de guérison relativement plus grande que dans nos autres guerres.

Je dois ces détails à M. Chenu qui m'a communiqué, à cet égard, ses manuscrits.

Enfin, pendant la guerre de 1870, il a été pratiqué un certain nombre de désarticulations du genou. J'ai pu obtenir tous les documents déjà réunis, à ce sujet, auprès de M. Chenu, dont vous connaissez les travaux et l'infatigable patience. Grâce à sa situation dans la Société de secours aux blessés, et grâce à ses relations avec les chirurgiens militaires français, M. Chenu a pu centraliser les renseignements sur plus de 1,500 amputés.

Voici cette statistique, pour ce qui a trait à la désarticulation du genou :

Sur 19 désarticulations du genou, il y a eu 13 morts et 1 malade pour lequel on n'a point le résultat définitif ; cela fait une mortalité de 68 pour 100. Ces chiffres ne sont pas tout à fait complets, car il reste à dépouiller 800 amputations diverses des hôpitaux de Lyon ; mais il est certain qu'il n'y a point de cas de guérison de désarticula-

tion du genou. Ces observations sont nouvellement arrivées à M. Chenu. Une remarque ici doit être faite : il y a eu, dans nos ambulances, des chirurgiens anglo-américains qui pratiquent volontiers la désarticulation du genou. M. Mac Cormac nous apprend qu'il a fait trois désarticulations du genou toutes trois suivies de mort.

La comparaison entre la mortalité de la désarticulation du genou a été établie, et c'est dans la statistique des blessures de la guerre de Crimée qu'elle a été faite avec le plus de soin par M. Chenu.

Ces chiffres démontrent, en effet, que l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur a donné, pour les amputations primitives, 50 pour 100 de mortalité; pour les amputations secondaires, 70 pour 100; et en bloc, pour les deux variétés, 61 pour 100 de mortalité.

Aussi, messieurs, tous nos chirurgiens d'armée qui ont écrit sur la chirurgie militaire (1), à l'exception de Baudens peut-être, ont été opposés, en principe, à la désarticulation du genou. En Angleterre et en Amérique, la comparaison entre la désarticulation du genou et l'amputation au 1/3 inférieur de la cuisse n'a point été faite. Mais d'après la statistique générale des résultats de l'amputation de la cuisse, en bloc, il semble rationnel d'admettre que l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur de la cuisse n'est pas plus grave que leurs désarticulations du genou. En effet, dans l'armée américaine, de 1865 à 1870, il y a eu 26 amputations de cuisse, primitives ou secondaires en proportions à peu près égales et *à des hauteurs variables*, qui n'ont été suivies que de 10 morts, ce qui donne 38 pour 100 de mortalité, chiffre de beaucoup inférieur à la mortalité moyenne des amputations de cuisse dans notre pays.

Les observations qui font l'objet de ce rapport et leur comparaison avec d'autres observations publiées, renferment d'utiles enseignements.

Je demande à mes collègues la permission de faire intervenir ici des observations étrangères au travail de M. Duplouy. Je trouve dans un rapport de la chirurgie d'armée américaine, une série de 6 désarticulations du genou, pratiquée de 1865 à 1870 (2), il y a eu 4 guérisons, 1 mort par pyoémie et 1 malade sur lequel il n'y a pas de renseignements définitifs.

Dans le premier cas, une balle avait traversé le tendon rotulien et rasé l'épine du tibia; une arthrite était survenue et la désarticulation

---

(1) Legouest, *Traité de la chirurgie d'armée.*

(2) War departement. Circular n° 3 *reports on surgerycases in army.* — Washington, 1871.

du genou avait été pratiquée trente-trois jours après la blessure. L'amputation avait été pratiquée à l'aide de deux lambeaux, l'antérieur plus long. Il y eut des abcès dans la cuisse et la suppuration dura quatre-vingt-neuf jours.

Le second cas est relatif à une plaie par arme à feu. Une balle avait pénétré dans l'articulation au-dessus de la rotule et avait passé au milieu du condyle interne. Le blessé fit à cheval trente-cinq milles avant tout pansement. La désarticulation du genou fut pratiquée le cinquième jour à l'aide de deux lambeaux, l'antérieur plus long.

Un pouce des condyles fut reséqué, et une esquille du condyle fut extraite. Le docteur John Hall ne réussit point. Il y eut des abcès dans la cuisse et de la gangrène du lambeau antérieur, la suppuration dura plus de deux mois. Ce malade guérit.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant de dix ans qui avait un abcès sous-périostique aigu du tibia avec nécrose totale de l'os. Le docteur Reily et le professeur Éliot, ayant reconnu que le tibia était dénudé, se décidèrent à faire la désarticulation du genou. Elle fut pratiquée douze jours après le début des accidents, par le procédé circulaire de Velpeau, avec la manchette, et la rotule fut enlevée. Les condyles furent reséqués dans une étendue d'un pouce. La réunion par première intention fut faite, et la cicatrisation eut lieu en vingt-trois jours.

Il y a un cas de fracture comminutive de la jambe par un boulet de canon. La désarticulation fut pratiquée avec deux lambeaux. Le malade succomba à l'infection purulente.

Le cinquième fait est relatif à un soldat blessé par une balle qui avait pénétré dans la partie supérieure du tibia et était venue se loger sur le condyle externe. La désarticulation du genou à deux lambeaux fut pratiquée. Il y eut de la gangrène, des abcès et de la nécrose et une seconde opération a été jugée nécessaire. Il n'est point donné de résultats définitifs.

Enfin, dans un sixième cas, une désarticulation a été pratiquée par le procédé à lambeau antérieur long et lambeau postérieur court pour une blessure de la jambe, il y eut gangrène du lambeau antérieur et des abcès à répétition qui durèrent six mois, et le malade finit par guérir.

Éliminons d'abord deux des articulations où les condyles out été reséqués, ce ne sont plus de simples désarticulations. Dans les autres faits comme dans les observations de M. Duplouy, nous voyons la gangrène du lambeau antérieur et les supurations longues. Trois des opérations américaines sont des désarticulations secondaires, trois

des opérations de M. Duplouy sont primitives. Trois fois les Américains ont désarticulé le genou pour une plaie du genou par une balle; je ferai remarquer que, dans deux cas au moins en France, nous aurions temporisé, et nous aurions probablement guéri le malade par ankylose. Le malade qui a été opéré le trente-troisième jours me paraît le plus digne d'inspirer cette réflexion. Je ne juge pas s'il est plus avantageux d'avoir un membre aukylosé après un séjour de longs mois au lit, ou d'avoir un membre de moins après trois mois seulement de traitement, je désire montrer que notre pratique chirurgicale soustrait à nos statistiques d'opération un certain nombre de cas favorables.

J'ai fait cette année une désarticulation du genou pour un écrasement de la jambe au 1/3 moyen produit par une roue de chemin de fer. L'opération a été pratiquée seulement trente-huit heures après l'accident, le malade s'y refusait. Cet ouvrier, âgé de ciuquante-huit ans, était un buveur. Il avait déjà la fièvre lorsqu'il a été amputé. Je cite ce fait défavorable parce qu'il m'a démoutré qu'il existait une lésion profonde du genou révélée seulemeut au moment de l'amputation; il y avait un ligament croisé rompu et un épanchement de sang entre les condyles. D'un autre côté, ce malade m'a offert, dans toute leur ampleur, les deux accidents qui, suivant moi, doivent contre-indiquer la désarticulation du genou: l'arthrite dans les restes de la synoviale et la gangrène du lambeau antérieur. J'avais eu effet employé le procédé mis en usage par les Anglo-Américains et M. Duplouy. Le malade a eu le délire le troisième jour et est mort le huitième de septicémie. Ce fait est semblable pour les complications primitives, à une des observations de M. Duplouy et à deux des observations américaines.

Quelques semaines après, un blessé âgé de trente-cinq ans est entré dans mon service avec une fracture de la jambe gauche, plus une fracture comminutive avec plaie de la jambe droite au même endroit que le malade précédent. La blessure avait été causée par une voiture lourdement chargée. L'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur a été pratiquée cinq heures après l'accident. Le malade a guéri après avoir présenté quelques complications, telles qu'une orchite causée par un catéthérisme imprudent fait inopportunément par un infirmier. Seulement cette orchite ayant amené une forte fièvre, il y eut une hémorrhagie secondaire, et j'ai dû lier l'artère fémorale au 1/3 moyen de la cuisse. Mais ce malade n'a eu aucune iuflammation du moignou. Cepeudant j'avais eu quelques craintes parce que, en pratiquant l'amputation, j'avais constaté, en sectionnant les muscles de la

cuisse, des foyers hémorrhagiques miliaires dus à des ruptures de fibrilles musculaires produits par la contraction énergique du membre au moment de la blessure. Cela m'inquiétait car je suis d'avis que les sections faites dans des tissus contus sont toujours suivies de suppuration abondante. Ces marques de contusion étaient cependant moins importantes que la déchirure des ligaments croisés chez le premier malade. Ces deux faits isolés montrent de la manière la plus nette qu'au point de vue des complications immédiates, l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur est moins grave que la désarticulation du genou.

Parmi les observations isolées qui ont été publiées de divers côtés, il est aisé de remarquer que les désarticulations suivies de guérison sont celles qui ont été pratiquées pour des tumeurs de la jambe. Telles sont : l'observation de M. Maisonneuve (1), plusieurs observations anglaises (2), et il est facile de constater que, même dans ces conditions favorables les suppurations prolongées des lambeaux de l'articulation et des coulisses tendineuses, mettent en danger la vie des malades. Ici l'on ne peut invoquer les traumatismes qui existent dans les articulations pratiquées pour des plaies avec broiement de la jambe. L'inflammation des restes de l'articulation et celle des coulisses tendineuses dominent toujours la scène. Un seul, parmi les faits que j'ai invoqués ici, prouve que la réunion par première intention des lambeaux est possible. L'enfant américain a été guéri le vingt-cinquième jour. Il est probable que la réunion avait presque entièrement réussi. Mais remarquez qu'il s'agit d'un jeune sujet, et c'est chez les jeunes sujets, on le sait, que la guérison des plaies est plus facilement obtenue.

Je suis frappé de ce fait que les Américains ont réussi des désarticulations du genou, avec résection des condyles et des désarticulations du genou pour des plaies avec fractures comminutives de la jambe comme M. Duplouy, et leurs succès dans ces opérations sont plus grands que les nôtres, et nous retrouvons ici une différence semblable à celle qui existe entre les résultats de leurs amputations de cuisse et les nôtres. Il ressort de la lecture des observations que les Anglo-Américains amputent plus volontiers que nous et que pour une lésion semblable ils amputent plus haut que les Français.

D'où vient la différence pour leurs désarticulations du genou com-

(1) L. Maisonneuve, Acad. des sciences 1868 et *Clinique chirurgicale*, Paris 1863.

(2) V. *The Lancet*, avril 1858, avril 1859, avril 1862.

parées aux nôtres ? Au procédé opératoire ? Non certes, il est le même, c'est le procédé à deux lambeaux qui est généralement adopté. Au moment où l'opération est pratiquée? Pas davantage, car les succès obtenus dans les observations que j'ai citées sont égaux pour les articulations primitives et pour les désarticulations secondaires. A la constitution des sujets? Il n'est pas présumable qu'il y ait en Angleterre et en Amérique moins d'alcooliques opérés que dans notre pays, puisque les statistiques de l'alcoolisme mettent l'Angleterre et l'Amérique au premier rang. Dans tous les pays il y a eu des désarticulations du genou, suivies d'arthrites dans les restes de l'articulation ; il y a eu gangrène plus ou moins étendue d'une portion du lambeau antérieur, constituée comme vous le savez par la peau seulement, et dénudation des surfaces articulaires : aucun groupe d'observations ne fait exception. Les pansements ont été les mêmes. La différence n'est point encore là. Dira-t-on que les Américains, ceux qui obtiennent les succès les plus remarqués, sont un peuple neuf; que le caractère rend les hommes plus capables de résister aux opérations? Peut-être. Le peuple qui a pour nourrices le grand air et la liberté a sans doute plus de vitalité que les peuples opprimés. Je ne hasarde cette réflexion que parce que Larrey avait déjà fait remarquer que les opérations réussissaient mieux sur les soldats d'une armée victorieuse que sur ceux d'une armée vaincue.

Il existe, à mon sens, une autre raison. Les Anglo-Américains opèrent souvent dans des articulations déjà malades, mais pour des lésions simples contre lesquelles nous essayons avec succès assez souvent la conservation . ainsi une plaie pénétrante de l'articulation du genou sans lésion des os ou une lésion des os peu marquée et à laquelle ils remédient par la résection des condyles. Ici ils appliquent une opération que nous appliquons journellement pour les lésions des articulations des doigts.

Quand ils opèrent pour une lésion traumatique avec retentissement sur les membres, ils opèrent assez haut au-dessus de la lésion. Sans doute ils partagent une opinion que pour des objets divers, M. Muron et moi-même nous avons défendue. Vous avez vu tout à l'heure que j'avais conformé ma pratique à cette opinion et que l'événement a justifié la théorie. Les Américains désarticulent le genou avec succès quand la lésion de la jambe n'a pas causé de désordres étendus. Ils échouent comme nous quand il s'agit d'une plaie étendue de la jambe par un éclat d'obus. Et je suis persuadé que M. Duplouy a réussi dans une de ses désarticulations parce qu'il n'y avait des lésions qu'à la partie inférieure de la jambe et que l'opération a été pratiquée

à un moment très-rapproché de l'accident. Chez un autre malade, il y avait bien une contusion du genou, mais aussi quelles n'ont pas été les accidents, gangrène des lambeaux, suppurations prolongées? Le malade a failli plusieurs fois périr.

De tout ce qui précède votre rapporteur conclut.

Que la désarticulation du genou n'est pas moins grave que l'amputation de cuisse au 1/3 inférieur à cause des complications graves immédiates telles que l'arthrite dans les restes de l'articulation, les fusées purulentes et la gangrène, et que cette désarticulation n'offre qu'exceptionnellement des avantages au point de vue de la prothèse. Sauf un petit malade dont a parlé M. Velpeau , il n'est pas démontré que les opérés aient pu marcher définitivement avec le pilon d'amputation de la jambe. Toutes les fois qu'il y a eu quelques lésions inflammatoires, la cicatrice est sur le moiguon, et les malades ne peuvent prendre point d'appui sur leur moignon.

Que le meilleur procédé de désarticulation est le procédé de Smith avec deux lambeaux, un antérieur long et un postérieur court destiné à combler l'espace intercondylien.

Au point de vue de l'indication opératoire, il est raisonnable d'accepter cette opération pour les jeunes sujets. Elle convient chez l'adulte seulement pour quelques cas particuliers, tels que les tumeurs du tibia; mais elle ne saurait être acceptée pour les lésions traumatiques que quand la blessure est située à la partie inférieure de la jambe et n'a point retenti sur le genou.

Quant aux désarticulations avec résection des condyles pour des plaies par arme à feu du genou, lorsque les condyles sont touchés, opération de choix des Américaius, elles ne s'éloignent pas beaucoup des amputations de cuisse suscondyliennes que nous pratiquons, et elles sont acceptables, mais elles ne sont pas supérieures à l'amputation de la cuisse en bas.

Le travail de M. Duplouy, quoique concis, expose nettement les raisons qui lui font préférer la désarticulation du genou à l'amputation de cuisse, et sa pratique lui donne raison. S'il possédait un plus grand nombre de faits, peut-être devrions-nous nous incliner devant l'évidence du succès; mais la statistique cosmopolite est loin d'être aussi probante que les quatre faits que nous a adressés M. Duplouy.

Votre commission vous propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son manuscrit dans nos archives.

ÉLECTION

La société procède à l'élection de quatre membres correspondants nationaux.

Le vote donne les résultats suivants sur 32 votants :

MM. Duplouy. . . .	32	suffrages
Cazin	30	—
Faucon	27	—
Mourlon. . . .	19	—
Boissarie . . .	6	—
Surmey. . . .	5	—
Beau	2	—

MM. Devalz, Vast, Olivier, Follet, Pamard, Gayat, obtiennent chacun un suffrage.

En conséquence, MM. Duplouy, de Rochefort; Cazin, de Boulogne; Faucon, d'Amiens; Mourlon, de Batna, sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

La société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire : TILLAUX.

SÉANCE ANNUELLE DU 14 JANVIER 1874.

Présidence de M. TRÉLAT.

M. LE PRÉSIDENT prend la parole en ces termes :

Messieurs, nos statuts et l'usage m'imposent le devoir de vous rendre compte, au début de cette séance, de la situation de la Société de chirurgie.

Vous partagerez sans doute mon sentiment après avoir entendu ce rapide exposé, et vous penserez que, sous tous les rapports, ou peu s'en faut, nous devons être satisfaits de la marche de notre œuvre.

Nous avons perdu cette année deux de nos fondateurs : Huguier, collaborateur assidu de la société, pendant plus de vingt-cinq ans, dout le nom figurera désormais sur le tableau de nos bienfaiteurs, et Nélaton, que son immense clientèle et ses nombreuses occupations avaient depuis longtemps enlevé à nos séances.

La mort a frappé aussi un membre correspondant, le docteur Morel, de Nogent-le-Rotrou, dont le décès, remontant à la fin de 1872, ne nous a été notifié qu'en janvier 1873.

Enfin deux des membres les plus éminents de notre compagnie, MM. Giraldès et Broca, ont demandé et obtenu l'honorariat. C'est une perte qui sera longtemps appréciée par la société.

Pour remplir ces vides, nous avons, dans le cours de l'année, nommé deux membres titulaires, MM. Polaillon et Ledentu, dont l'assiduité, le zèle scientifique et la laborieuse ardeur nous sont bien connus.

Par suite de ces nominations diverses, le nombre des membres titulaires est aujourd'hui de 33, comme à la fin de l'an passé ; mais une nouvelle place est actuellement déclarée vacante et tout porte à croire que, dans les premiers mois de l'année, nous compterons les 35 membres réglementaires.

Dans l'une de nos dernières séances, nous avons procédé à la nomination de quatre membres correspondants nationaux. En présence de nombreux compétiteurs aspirant au très-petit nombre de places auxquelles il nous reste à pourvoir, nous avons dû tenir compte exclusivement de la valeur des travaux des candidats, de leur persissistance, de la continuité de leurs communications. MM. Duplouy (de Rochefort), Cazin (de Boulogne), Faucon (d'Amiens), M. Mourlon (de l'armée), sont sortis vainqueurs de cette lutte. Que les vaincus méritants — il en est beaucoup parmi eux — se hâtent, car, dans un an ou deux notre liste sera close.

Grâce aux soins, à l'habileté et à la régularité de notre trésorier, auquel, chaque année, la société témoigne sa confiance par une réélection enthousiaste, nos finances sont dans une bonne condition, et, quoique cette année nous ayons eu à supporter de lourdes charges relatives à des dépenses mobilières indispensables, dont il sera prudent de prévoir le renouvellement, et aux frais considérables d'impression du mémoire qui a obtenu le premier prix Laborie que nous avons décerné, nous terminons l'exercice 1873 avec un reliquat net de 5,343 francs. Cependant il est bon de remarquer que nos dépenses ont été supérieures à nos recettes de 1,500 francs, et que nous nous serions trouvés en déficit si l'exercice 1872 ne nous

avait laissé un excédant de 1,500 francs environ. En somme, notre petit budget est non-seulement eu équilibre, mais il se solde par un actif utilement réversible sur l'année qui s'ouvre. Excellente condition car si nos dépenses doivent s'accroître avec la prospérité de notre société, il est certain aussi que les recettes auront une marche proportionnelle à cette prospérité.

Depuis plusieurs années nos bibliothécaires ont commencé le classement méthodique de nos livres, de nos collections et de nos archives. Notre collègue, M. Giraud-Teulon, a veillé avec sollicitude à ce travail, et vous savez qu'aujourd'hui toutes nos collections sont régulièrement cataloguées. Notre bibliothèque, si riche en thèses, en brochures, en publications périodiques, peut-être facilement consultée. Muette et obscure avant le catalogue, elle est aujourd'hui ouverte et répondant à qui l'interroge.

Nos publications sont à jour. Trois fascicules du Bulletin ont paru, et la publication du dernier est prochaine. Le 2e fascicule du tome VII de nos Mémoires a été imprimé cette année. Ici, messieurs, permettez-moi d'exprimer le regret que nous ne sachions pas utiliser plus largement et, par conséquent, tirer un meilleur parti de cette publication luxueuse et peu onéreuse pour nos finances. Sous ce rapport, nous sommes engagés dans un cercle vicieux : nous fournissons peu de travaux aux Mémoires, parce que leur publication est rare, et leur publication est rare parce que nous leur livrons peu de matériaux. Il ne serait guère difficile de rompre ce cercle, et je crois que la société, ses membres et les lecteurs de nos travaux ne pourraient qu'y gagner.

Les sociétés savantes partagent le sort de toutes les entreprises humaines. Bien conçues, bien menées, utiles et actives, elles prospèrent et grandissent; leur action s'élargit et leurs moyens d'action s'affermissent. C'est ce qui est arrivé pour notre société. Fondée il y a trente et un ans par dix-sept chirurgiens, dont six seulement survivent, recevant l'hospitalité pour ses séances et même pour ses publications, elle est devenue, avec le temps et le labeur de ses membres, un centre de travaux et de relations utiles à la science, favorables à l'art et à la profession. Remercions nos anciens des exemples qu'ils nous ont donnés, qu'ils nous donnent encore, et sachons restituer à nos successeurs l'œuvre sans cesse améliorée de ceux qui nous ont précédés.

Nous avons su mériter l'estime, la considération, même la reconnaissance. Soyons-en fiers, messieurs, et gardons-nous de l'oublier.

Déjà, il y a cinq ans, Mme Ve Laborie, pour perpétuer parmi nous

le souvenir de notre cher et regretté collègue, a doté la société du capital nécessaire pour fournir un prix annuel de 1,200 francs.

A quelques semaines d'intervalle, deux nouvelles fondations ont été instituées dans notre société.

Par testament en date de l'année 1863, Vulfranc Gerdy, en souvenir de Pierre-Nicolas Gerdy, son frère, notre ancien et illustre collègue, nous a légué une partie de sa bibliothèque et le capital, net de frais, pouvant fournir une rente annuelle de 1,000 francs, avec laquelle nous devrons décerner, tous les deux ans, un prix de 2,000 francs, sur une question proposée par la société.

Vous vous souvenez que nous avons décidé que ce prix prendrait le nom de *prix Gerdy*, et que, sur la proposition de M. Verneuil, la société a établi, par un vote unanime, qu'à l'avenir la liste de nos bienfaiteurs figurerait en tête de notre personnel, dans nos publications annuelles.

Par une lettre toute récente, qui sera publiée dans notre Bulletin, Mme Ve Huguier, en souvenir de son mari, l'un de nos fondateurs et de nos anciens présidents, nous donne généreusement un titre de rente de 1,000 francs, dont la société fixera l'emploi de la manière la plus utile à ses travaux, en y attachant le nom du fondateur.

Mme Huguier a reçu les remercîments de la société qui lui ont été transmis par le bureau et exprimés par le président. Je serai l'interprète de tous nos collègues, en renouvelant dans cette séance annuelle l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous serions déjà en possession des capitaux de ces fondateurs si l'article 16 de nos statuts ne nous imposait l'obligation, après avoir accepté les dons ou legs, d'obtenir l'autorisatiou du gouvernement. C'est nne tâche que je dois léguer à mon successeur, notre nouveau président.

Je m'excuse de cette allocution, qui s'est allongée de toute l'étendue des bienfaits que nous avons reçus, et, au moment de quitter ce bureau où, pendant huit années, j'ai exercé toutes les fonctions, il ne me reste plus qu'à vous remercier de votre bienveillance, de la facilité avec laquelle vous m'avez permis d'exercer mes devoirs présidentiels et à vous exprimer ma profonde gratitude.

M. TILLAUX, secrétaire annuel, lit le compte rendu suivant des travaux de la société pour l'année 1873.

Messieurs, le compte rendu de vos travaux pour l'année 1873 figurera dignement à côté des précédents, car peu d'années ont été

plus fructueusement employées au bénéfice de la science. — Des questions de pratique chirurgicale d'une haute importance ont été abordées, et la discussion a souvent pris le caractère le plus élevé. De nombreuses communications vous ont été adressées de toutes part, des rapports magistraux ont été lus par plusieurs d'entre vous; bref, le mouvement scientifique de notre société, loin de se ralentir, semble avoir redoublé sa marche.

Il n'y aurait pour vous, Messieurs, aucun intérêt à entendre le résumé complet des discours, communications, observations, rapports que renfermera le *Bulletin;* je ne vous présenterais ainsi qu'une sorte de table analytique, sèche et fastidieuse.

Je voudrais essayer de reproduire en quelques pages l'ensemble général de vos travaux, de vous en offrir comme une sorte de photographie.

Il est important de remarquer tout d'abord combien les questions théoriques tiennent peu de place cette année dans nos travaux; ceux-ci ont porté à peu près exclusivement sur des sujets de thérapeutique chirurgicale; ainsi l'extraction de la cataracte, le traitement des polypes naso-pharyngiens, le galvano-caustique, etc. Je vous demande la permission, messieurs, de vous présenter un aperçu rapide de ces travaux et du résultat qu'ils ont produit.

L'année dernière nous avait légué la discussion du traitement des rétrécissements du rectum. Je vous rappellerai qu'elle avait été portée à la tribune par M. Verneuil, sous ce titre de la *rectotomie verticale linéaire;* c'était le résultat d'une expérience de dix années que nous apportait notre collègue.

Jusqu'à notre époque, la méthode exclusive de traitement des rétrécissements du rectum a été la dilatation, simple ou combinée avec des débridements internes. — Cette méthode est rationnelle; elle a suffisamment fait ses preuves, ainsi que l'a rappelé M. Forget, pour devoir conserver dans la pratique un rang honorable; mais il faut bien convenir aussi que si cette méthode est simple et le plus souvent inoffensive, elle n'est guère que palliative les résultats en sont incompleis, parfois même tout à fait nuls.

Aussi MM. Verneuil, Panas, Chassaignac ont-ils affirmé que la rectotomie était la seule ressource efficace contre les rétrécissements du rectum, contre ceux surtout qui s'accompagnent de trajets fistuleux à la marge de l'anus.

Je vous rappellerai que M. Verneuil, introduit une chaîne d'écraseur au-dessus du rétrécissement en passant, quand il le peut, par les trajets fistuleux; il fait ainsi des sections multiples comprenant

toute l'épaisseur de la paroi rectale, d'où résultent des plaies larges et profondes que l'on peut toucher au fer rouge. M. Panas met en usage un procédé différent. Il incise au bistouri sur la ligne médiane et en arrière la portion sphinctérienne du rectum jusqu'au coccix. La partie rétrécie, devenue ainsi accessible à l'œil, est sectionnée couche par couche dans toute sa profondeur.

M. Chassaignac a cherché ensuite à démontrer que la rectotomie avec l'écrasement linéaire était le seul traitement rationnel et efficace des rétrécissements du rectum. — Il s'est élevé énergiquement contre l'emploi des incisions internes combinées à la dilatation, et a repoussé de toutes ses forces la section au bistouri proposée par M. Panas.

Il semblerait résulter, messieurs, de la discussion approfondie à laquelle vous vous êtes livrés, que dans les rétrécissements légers, peu épais, la dilatation simple ou combinée à l'incision, trouvera une utile application, tandis que la rectotomie, c'est-à-dire la section complète de la partie rétrécie et de toute la portion d'intestin située au-dessous, y compris les sphincters, sera la seule ressource applicable aux rétrécissements graves. Vous avez donc acculé, sur ce sujet, les limites de notre art.

Je ne ferai que vous mentionner la discussion sur la pathogénie des rétrécissements soulevée incidemment. Elle n'a été en somme qu'un corollaire de la précédente et n'a pas résolu d'une manière définitive la question de savoir à quelle période de la syphilis, on doit rattacher ces coarctations. Je vous rappellerai néanmoins le très-ingénieux rapprochement qu'a fait notre collègue M. Guérin entre le rétrécissement du rectum et certaines atrésies syphilitiques de l'isthme du gosier.

Il me suffira également de mentionner la tentative faite par M. Le Fort, d'appliquer l'électrolyse à la cure des rétrécissements du rectum. C'est à l'avenir de juger la valeur de cette méthode nouvelle.

Un de nos collègues les plus distingués de la province, M. Notta, de Lisieux, venait vous lire, dans la séance du 29 janvier, un travail intitulé : *Note sur un nouveau procédé d'extraction linéaire par la cornée sans excision de l'iris.*

Indépendamment des qualités qu'il présente, ce travail, messieurs, eut la bonne fortune de venir à propos. Il répondait à une sorte de besoin qu'éprouvait la société d'exprimer son opinion sur les modifications nombreuses apportées depuis quelques années à l'opération de l'extraction de la cataracte. Aussi le mémoire de M. Notta fut-il le point de départ d'une longue et importante discussion. Il n'y a pas

eu sur ce sujet moins de onze orateurs entendus, et encore plusieurs collègues ont-ils pris deux et trois fois la parole.

C'est qu'en effet, messieurs, malgré les nombreux travaux entrepris sur l'extraction de la cataracte, cette opération en est encore à la période d'enfantement. On peut dire qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de méthode classique, comme l'a été, par exemple, pendant si longtemps celle de Daviel. Il n'y a peut-être pas deux chirurgiens qui opèrent actuellement la cataracte d'une façon identique : les uns tiennent pour la méthode primitive de Daviel, d'autres pour la méthode primitive de de Graefe. La plupart ont modifié cette dernière ; abandonnant l'incision scléroticale, ils ont porté le couteau sur la cornée, jusqu'à le faire passer par le milieu même de cette membrane.

Ceci n'a pas lieu de nous surprendre, messieurs, car le problème est difficile à résoudre et bien digne d'exciter les recherches : il consiste à fournir au cristallin une *issue facile* par une porte *étroite* rapidement close.

L'issue facile du cristallin est merveilleusement obtenue par la méthode à lambeau de Daviel, mais la plaie est large et offre peu de tendance à la réunion immédiate La section linéaire favorise, au contraire, la réunion immédiate, mais fournit au cristallin une issue relativement difficile, d'où la nécessité d'y ajouter l'iridectomie. Par une sorte de coïncidence qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les recherches scientifiques, MM. Küchler (de Darmstadt), le Brun (du Brabant), Giraud, Teulon et Notta arrivèrent, à peu d'intervalle les uns les autres à la conception d'une opération, presque identique, à savoir la section linéaire en plein champ cornéen avec ou sans iridectomie.

C'est ce mode opératoire, appuyé de dix succès sur dix opérations, que M. Notta vint soumettre à la discussion de la société.

Vous entendîtes successivement MM. Giraud-Teulon, Panas, Perrin, Duplay, le Fort, Trélat, Dolbeau, Chassaignac ; MM. Michel, de Nancy, et Després, de Saint-Quentin, vous adressèrent aussi une communication sur ce sujet. Analyserai-je, messieurs, devant vous, tous ces discours ? Vous y trouveriez sans doute un vif intérêt, mais ce serait hors de proportion avec les limites où doit se renfermer ce compte rendu.

Lorsqu'une société savante a longuement discuté une importante question, il est quelquefois permis de formuler en quelques conclusions les résultats de cette enquête ; nous ne le pouvons faire dans le cas actuel : c'est ainsi que MM. Notta et Giraud-Teulon sont restés

partisans de leur nouveau mode opératoire; que MM. Panas, Perrin, Trélat ont préconisé la méthode de de Graefe avec de notables modifications; que MM. Dolbeau, Chassaignac ont continué à soutenir que la vieille méthode à lambeaux, de Daviel, la méthode française, pouvait être perfectionnée, mais qu'elle restait toujours la méthode magistrale applicable à la majorité des cas.

Je vous rappellerai ici, messieurs, une note très-intéressante de M. le docteur Abadie sur un nouveau traitement du kératocône, à propos duquel, cependant, quelques réserves ont dû être faites par le rapporteur.

Dans les cas d'imperforation congénitale de l'anus, trois voies se présentent au chirurgien pour la recherche de l'intestin : la voie iliaque (méthode de Littre), la voie lombaire (méthode de Callisen) e la voie périnéale (méthode d'Amussat).

Permettez-moi de vous rappeler que cette dernière méthode consiste à inciser couche par couche les parties molles du périnée jusqu'à l'ampoule rectale, à fendre celle-ci, à en attirer en bas les parois que l'on fixe ensuite aux lèvres cutanées de la plaie. Cette méthode est incomparablement supérieure à celles de Littre et de Callisen, puisqu'elle rétablit l'état normal, tandis que les deux autres n'assurent l'existence qu'au prix d'une infirmité qui en diminue singulièrement le prix.

Malheureusement, elle n'est pas toujours praticable. Le chirurgien n'est jamais certain d'arriver jusqu'à l'ampoule rectale, et il n'y arrive à coup sûr pas si cette ampoule s'arrête à 3 ou 4 centimètres par exemple au-dessus de la peau. Il y avait donc un grand intérêt à trouver un procédé qui permît de découvrir plus aisément l'extrémité de l'intestin. C'est ce procédé que notre collègue M. Verneuil vous a proposé dans un mémoire sur l'anus périnéal artificiel.

Je vous rappellerai, messieurs, qu'il consiste à fendre les parties molles sur la ligne médiane de l'anus au coccyx, à le diriger vers la concavité sacrée dans laquelle repose l'ampoule, et à résigner au besoin le coccyx pour agrandir la voie.

Ce procédé devait théoriquement réussir, en effet, lorsque le rectum se termine avant d'avoir décrit la deuxième branche de l'S italique qu'il forme par sa direction antéro-postérieure, c'est-à-dire avant de s'être porté en avant, l'ampoule est fort loin de l'anus; elle repose, au contraire, snr la courbure sacrée, où l'on arrive directement en reséquant tout ou partie du coccyx.

La pratique a démontré pleinement à M. Verneuil la justesse de

l'idée théorique. Notre collègue a pratiqué plusieurs fois cette opération et n'a eu qu'à s'en féliciter.

Elle souleva quelques objections de la part de MM. Forget, Depaul, Blot, objections surtout théoriques; mais je vous rappellerai la communication faite par M. Tarnier dans une des dernières séances. M. Tarnier déclarait qu'une entérotomie périnéale fût restée inachevée sans l'application du procédé de M. Verneuil.

Permettez à votre secrétaire, messieurs, de dire qu'il considère ce point comme une conquête précieuse acquise définitivement au traitement si délicat de l'imperforation de l'anus.

Je dois vous signaler maintenant, messieurs, une question d'une haute importance agitée à plusieurs reprises cette année au sein de la société : je veux parler de la galvano-caustie. MM. Verneuil, Trélat, Bœckel ont insisté sur les applications de cette méthode et sur ses avantages. M. Bœckel vous a présenté l'ingénieux appareil qu'il a fait construire, appareil dont le principal mérite consiste dans un modérateur qui permet de graduer le courant galvanique. Grâce à cet appareil, M. Bœckel a pu faire sans hémorrhagie la section des plus gros troncs artériels et veineux sur les animaux, les principales conditions pour obtenir l'hémostasie étant la section lente, progressive, avec une anse de platine très-modérément chauffée et toujours tendue. M. Bœckel obtient ce résultat et réussit de cette façon à appliquer l'une contre l'autre les parois opposées du vaisseau avant de les sectionner. M. Trélat vous a également exposé le résultat de son expérience sur l'emploi du galvano-cautère, de ses efforts pour simplifier l'appareil instrumental dont le maniement est toujours difficile. Il a formulé le mode d'emploi et les indications principales auxquelles il répond.

M. Verneuil s'est aussi montré très-partisan du galvano-cautère. Il l'a maintes fois employé pour le traitement des tumeurs érectiles, l'ablation de grosses tumeurs dans des régions vasculaires.

Vous avez entendu dans nos dernières séances, messieurs, le remarquable rapport de notre collègue sur la trachéotomie pratiquée avec le galvano-cautère. Malgré le objections faites à cette méthode par M. Krishaber, M. Verneuil a maintenu qu'elle est supérieure au bistouri.

Je crois cependant être dans le vrai, messieurs, en disant que la plupart des membres de la société n'ont pas encore une opinion bien arrêtée non-seulement sur la valeur relative, mais sur la valeur absolue de ce mode de diérèse, et qu'il est nécessaire de le maintenir en permanence à l'ordre du jour de nos séances.

Concurremment avec la galvano-caustie, vous avez mené la discussion sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination et la cautérisation.

Je n'ai qu'à la mentionner.

Dans la séance du 18 juin, notre membre correspondant M. Duménil, de Rouen, vous communiquait la relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens, opérés par des méthodes diverses. Quelques points de détail furent l'objet d'une discussion à laquelle prirent part MM. Dolbeau, Labbé, Lannelongue, Guyon, de Saint-Germain, Trelat, Verneuil ; mais le début ne tarda pas à être porté sur le côté historique de la question, et il présenta un intérêt tel qu'il convient de le rappeler ici.

L'un des malades de M. Duménil avait été opéré par la résection temporaire du maxillaire supérieur suivant un procédé que l'auteur désignait sous le nom de procédé de Bœckel. C'est alors que notre collègue, M. Chassaignac, se sentant atteint dans sa propriété, revendiqua hautement et vigoureusement pour lui la priorité de la voie nasale avec lambeau nasal réappliqué, la propriété et la résection temporaire des mâchoires.

J'ajoute, messieurs, que notre collègue, M. Bœckel, vivement attaqué par M. Chassaignac, se présenta bientôt à notre tribune et lui rendit pleine justice dans un langage à la fois digne et ferme, qui me parut très-apprécié. Mais la question n'était pas encore vidée. M. P. Bruns, de Tubingue, déjà fort malmené par M. Chassaignac, s'était permis d'accuser notre collègue, M. Verneuil, d'avoir falsifié les faits relativement à ces résections temporaires que l'auteur allemand attribuait exclusivement à Langenbeck.

Ai-je besoin de vous rappeler, messieurs, la riposte de M. Verneuil à cette injuste attaque ? Vous n'en avez pas oublié la modération qui ne lui ôtait rien de sa vigueur. M. Verneuil a rétabli, à l'aide des faits que connaissait mal M. P. Bruns, la vérité historique sur cette importante question de médecine opératoire. Il a établi péremptoirement que des trois voies qui permettent l'accès aux polypes naso-pharyngiens, la voie maxillaire a été suivie pour la première fois par Syme et Flaubert, la voie buccale ou palatine par Adelmann et Nélaton, la voie nasale par notre collègue M. Chassaignac.

Quant à la conception et la résection temporaire des mâchoires, elle appartient à Huguier, bien que Langenbeck l'ait mise en pratique une année avant lui.

Différentes modifications furent apportées ensuite à la méthode primitive. C'est ainsi que M. Ollier a employé dix-sept fois le procédé de

l'*abaissement du nez par l'ostéotomie verticale et bilatérale de la charpente de cet organe*. Les fosses nasales étant largement ouvertes, il explore la base d'implantation et arrache le polype avec de larges pinces.

De même que la galvano-caustique, l'hémostase par le procédé d'Esmark demeure à l'ordre du jour de vos séances. Il me paraît superflu, messieurs, de rappeler ici en quoi il consiste. A la suite de la communication de M. Demarquay, vous avez entendu MM. Verneuil, Guyon et Lannelongue ; ces deux derniers collègues ont signalé les tentatives qu'ils avaient faites dans le même ordre d'idées.

Une question de priorité a été soulevée au sein de la société par M. Vanzetti, qui réclame pour son compatriote M. Grandesso Sylvestre l'honneur de la découverte, réclamation qui paraît pleinement justifiée.

La Société de chirurgie devra se prononcer plus tard sur la valeur du procédé hémostatique lorsque chacun de nous l'aura expérimenté un certain nombre de fois. Elle déterminera si l'on doit le considérer comme un procédé applicable à la majorité des grandes opérations, ou seulement à un petit nombre d'entre elles.

Je ne veux pas omettre de mentionner les essais de laryngotomie crico-thyroïdienne avec le fer rouge, faits par M. de Saint-Germain. Le résultat des premières expériences n'a pas répondu à l'attente de notre collègue, qui se propose de poursuivre ses recherches.

Une autre tentative opératoire très-ingénieuse et à coup sûr nouvelle vous a été relatée par M. Lannelongue.

Vous n'avez certainement pas oublié que notre collègue avait eu, l'année passée, la très-heureuse idée de combler une perforation palatine en empruntant un lambeau à la muqueuse de la cloison des fosses nasales. Le résultat vous fut présenté. Il était superbe.

Poursuivant le même ordre d'idées, M. Lannelongue a emprunté à la muqueuse vésicale un lambeau destiné à boucher une large fistule vésico-vaginale occupant toute la cloison. Le résultat a été remarquable assurément, mais il n'était pas tout à fait complet. Si M. Lannelongue guérit sa malade, il aura singulièrement agrandi le champ des opérations autoplastiques.

Parmi les rapports lus à cette tribune, je vous rappellerai, messieurs, entre autres, un rapport de M. Guéniot sur le travail de M. Faucon, intitulé : *Variété d'étranglement interne*, qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystérômes.

Un rapport de M. Dubrueil sur un travail de M. Dieulafoy, relatif à la ponction capillaire dans les hernies étranglées. L'auteur du rap-

port s'est montré favorable à ces ponctions, qu'il considère comme un progrès sérieux dans la thérapeutique. C'est une grosse question, messieurs, qui me paraît être définitivement jugée.

Un autre rapport, sur un travail du même auteur, vous a été lu par M. Desprès. Il s'agissait des ponctions articulaires du genou. M. Desprès s'est élevé avec force contre cette pratique, et la société s'est prononcée à peu près unanimement dans le même sens. Le rapport de M. Desprès semble avoir arrêté ce véritable débordement des ponctions articulaires auxquelles nous assistions depuis quelque temps.

M. Boinet vous a également lu un important rapport sur un mémoire de M. le docteur Clément (d'Aigues-Mortes), intitulé : *Kyste hydatique du foie guéri par la ponction à l'aide d'un gros trocart. Évacuation immédiate des poches kystiques et les lavages.*

Notre collègue a profité de cette circonstance pour donner son opinion sur le traitement des kystes hydatiques du foie par les ponctions capillaires à l'aide de l'instrument de M. Dieulafoy. Il s'est montré peu favorable à ce genre de traitement, qu'il croit le plus souvent inefficace, et préfère les larges ouvertures de la poche suivies de lavage.

Enfin, messieurs, pour ne point fatiguer trop longtemps votre attention, je ne vous signalerai plus que le rapport de M. Magitot sur un travail de M. Haas, de Sarreguemines, relatif à la nécrose phosphorée.

Ce rapport a donné lieu à un important discours de M. Trélat. La question de thérapeutique dans la nécrose phosphorée avait été déjà traitée à propos d'une pièce pathologique que nous avions présentée précédemment. Notre collègue a de nouveau tenté de la résoudre. Il s'est élevé avec force contre la pratique allemande, pratique qui consiste à faire de véritables résections de mâchoires, à tailler dans le vif au lieu d'enlever seulement les séquestres.

M. Trélat a formulé nettement les préceptes de l'école française ainsi : La nécrose phosphorée n'a pas de caractère spécifique qui la différencie des autres nécroses; on doit toujours attendre la délimitation des séquestres avant d'opérer ; l'opération doit être une ablation de séquestres et non une résection dans le vif.

Un grand nombre d'autres communications, dignes d'un véritable intérêt, vous ont été faites par MM. Letenneur, Cazin, Louis Thomas, Mourlon, Hergott, Houzé de l'Aulnoit, Devalz, Courty, etc.

Vous avez également entendu MM. les docteurs Gillette, Nicaise, Périer, Terrier, Krishaber.

D'importantes pièces pathologiques vous ont été présentées par MM. Tarnier, Depaul, Le Fort, Demarquay, Houel, Cruveilhier.

Un lipôme du plancher de la bouche, envoyé par M. Worms, a fourni à M. Dolbeau l'occasion de signaler ce qu'il a appelé le *groupe des lipômes buccaux*.

Je dois me contenter de vous rappeler ces importants travaux, sous peine d'abuser trop longtemps de votre attention.

Si je ne me trompe, messieurs, ce court résumé de l'année suffit à démontrer que notre société poursuit une marche ascendante ; qu'elle continue à être le centre où aboutit tout le travail intellectuel des chirurgiens de notre pays. Elle semble même avoir puisé dans les circonstances actuelles une activité nouvelle; chacun de nous n'a-t-il pas, en effet, adopté cette devise qui doit être aujourd'hui plus que jamais celle de tout Français : *Laboremus*.

M. GUYON, secrétaire général, lit un éloge de Denonvilliers (sera publié dans les mémoires de la société).

PRIX

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL proclame le nom des lauréats de la Société de chirurgie pour 1873.

PRIX DUVAL. — Le prix pour 1873 est décerné à M. le docteur Poinsot, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, auteur d'une thèse intitulée : *De la conservation dans les fractures compliquées.*

PRIX ED. LABORIE. — La société ne décerne pas de prix pour 1873. Elle accorde des encouragements :

1° A M. le docteur Baudon, médecin major au 1er régiment d'artillerie, à Bourges, un encouragement de 500 francs pour son mémoire intitulé : *De la taille hypogastrique avec suture vésico-abdominale, mettant à l'abri de l'infiltration urineuse.*

2° Au docteur Motte, à Dinant (Belgique), un encouragement de 300 francs pour son mémoire intitulé : *Études cliniques et expérimentales sur l'étranglement herniaire et en particulier sur l'action des gaz dans la production de cet accident.*

PRIX DE 1874

La société décernera pour 1874 :

1° Le prix DUVAL, fondé par René Duval, récompensera la meilleure thèse de chirurgie publiée en France pendant l'année 1874.

Ne peuvent concourir que les docteurs ayant rempli les fonctions d'interne dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Deux exemplaires des thèses destinées à ce concours doivent être adressés à la société avant le 1er novembre 1874.

2° Le prix Ed. Laborie; Mme Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la société de chirurgie, a fait don à cette société d'une rente annuelle de 1,200 francs affectée à la fondation d'un prix annuel sous le nom de : *Prix Laborie.*

Eu 1874, la Société de chirurgie aura à décerner le prix Laborie de 1,200 francs. Elle aura en outre à disposer d'une somme de *dix-neuf cents francs,* qu'elle distribuera s'il y a lieu, en encouragements.

Le sujet du prix Laborie n'est choisi par la société que tous les six ans. En 1874, le choix du sujet est libre. Les mémoires manuscrits écrits en français, en anglais, en allemand, ou en latin, devront être adressés à la société avant le 1er novembre 1874. Ils doivent être accompagnés d'une devise et d'un pli cacheté indiquant le nom de l'auteur.

PRIX POUR 1875

En 1875, la Société de chirurgie aura à décerner les prix : Duval, Laborie et Gerdy.

Le prix Gerdy doit être décerné tous les deux ans. Grâce à la libéralité de Vulfranc Gerdy, frère du professeur Gerdy, qui a voulu ainsi rattacher plus étroitement à la Société de chirurgie la mémoire de Gerdy aîné, la société possède une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à récompenser tous les deux ans, par une somme de 2,000 francs, le lauréat du prix Gerdy.

Pour 1875, d'après les dispositions testamentaires, la société devra désigner le sujet du prix Ed. Laborie. Le sujet du prix Gerdy doit être indiqué chaque fois. Les concurrents qui prendront part à ces concours devront déposer leurs manuscrits, dans la forme déjà prescrit, avant le 1er novembre 1875 Afin de donner aux compétiteurs, la plus grande latitude possible. La société fera connaître par la voie des journaux dès les premieres semaines de l'année 1874, les sujets de prix qu'elle propose.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

INSTALLATION DU BUREAU

M. TRÉLAT, président sortant, avant de quitter le fauteuil, remercie ses collègues pour la bienveillance avec laquelle ils lui ont facilité l'exercice de ses fonctions, et fait des vœux pour la prospérité de la société, à laquelle il s'engage à travailler le plus longtemps possible.

M. PERRIN, président élu, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Depuis que je fais partie de la Société de chirurgie, vous m'avez toujours entouré de la plus grande bienveillance.

Vous avez voulu y mettre le comble en m'appelant à l'honneur de diriger vos travaux.

Je suis d'autant plus flatté de cette marque de distinction que je sens vivement qu'une société prospère et haut placée comme la vôtre projette son éclat sur son president.

Pour répondre dignement à votre choix, je me propose de mettre toute mon activité, tout mon zèle et toute mon assiduité au service de la société.

Je ferai aussi tous mes efforts pour soutenir l'intérêt scientifique de nos séances et pour les rendre de plus en plus utiles et fécondes. A ce sujet, je crois devoir vous soumettre une proposition qui m'est inspirée par les remarques que j'ai faites depuis bientôt quinze ans que je viens assidûment m'instruire dans cette assemblée.

Grâce a la juste confiance que vous avez su inspirer au dehors, ainsi qu'au zèle infatigable de beaucoup de nos collègues, le mouvement scientifique de la Société de chirurgie prend de plus en plus d'importance, et nous voyons toutes les grandes questions de la chirurgie contemporaine figurer successivement à l'ordre du jour de nos travaux. Il en résulte que nous avons beaucoup à faire et que nous aurons, il faut bien l'espérer, de plus en plus à faire.

Cette situation nous impose l'obligation de rechercher sans cesse le meilleur emploi de notre temps.

Jusqu'alors, notre ordre de jour n'a été ni préparé, ni connu à l'avance. Il se constitue pendant la séance même, au fur et à mesure des inscriptions. Il en résulte, par la force des choses, que le travail est réparti très-inégalement, que certaines séances sont trop chargées et d'autres pas assez ou pas du tout. Il en résulte aussi que les discussions s'engagent le plus souvent sans préparation préalable, à l'aide de souvenirs plus ou moins précis, qu'elles se poursuivent en l'absence des personnes qui auraient désiré prendre la parole, et qu'enfin, abandonuées au gré de l'improvisation, elles dégénèrent facilement en conversations particulières. Ce qui se dit de la sorte est toujours intéressant, excellent à entendre, mais manque de cohésion et absorbe beaucoup de temps.

Ce n'est pas tout : à la séance suivante, les membres qui, pour n'avoir pas été prévenus, étaient absents lors de la discussion, ceux qui n'ont pas été complets, tiennent à parler alors que le sujet paraissait épuisé, quelle que soit d'ailleurs la composition d'un ordre du jour qu'ils ne connaissent pas. Ce désir est bien naturel, car comment tenir fermée la main que l'on croit encore pleine de vérités ! Il trouve satisfaction par une voie détournée.

Le règlement autorise quelques courtes observations à propos du procès-verbal. La discussion mal close en profite pour reprendre ses ébats, malgré les observations du président; et, de cette façon, il arrive assez souvent que la meilleure partie de la séance est épuisée avant que l'on ait abordé l'ordre du jour.

Pour remédier à ces inconvénients, il serait nécessaire que l'ordre du jour fût fixé et annoncé en séance huit jours à l'avance ; mention en serait aussi faite eu tête de nos procès-verbaux. De la sorte, chacun averti a l'avance, apporterait avec plus de maturité le fruit de son expérience et de ses recherches, et nos trav ux suivraient un cours plus régulier, plus magistral et moins souvent compromis par les incidents du jour. Je ne me dissimule pas qu'il faudra toujours faire la part de l'imprévu, mais il me semble qu'avec quelque soin cet imprévu deviendra l'exception, au lieu d'être la règle comme aujourd'hui.

Pour entrer dans cette voie, il suffit que chacun de vous veuille bien s'inscrire huit jours à l'avance. Qu'il s'agisse d'une communication, d'une discussion, d'un rapport, on sait généralement huit jours à l'avance à quelle époque on sera prêt. Si la proposition que j'ai l'honneur de vous soumettre, et qui est loin d'être nouvelle, vous pa-

raît utile, pratique, je suis assuré par avance de votre bienveillant concours pour la faire vivre.

Messieurs, avant de reprendre nos travaux, je suis heureux d'avoir l'occasion de vous proposer de voter par acclamation des remercîments à chacun des membres du bureau pour l'année 1873.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux*. — *L'Union médicale*. — *La Gazette hebdomadaire*. — *La Tribune médicale*. — *Le Progrès médical*. — *La France médicale*. — *La Gazette obstétricale*. — *La Gazette de Joulin*. — *Le Bordeaux médical*. — *La Revue médicale de l'Est*. — *Le Lyon médical*. — *Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. VII, n° 11. — Les Mémoires couronnés et autres Mémoires publiés par l'Académie royale de Belgique.

La société reçoit, en outre : 1° des lettres de remercîments de MM. Duplouy, Cazin, Faucon, Mourlon, nommés membres correspondants nationaux.

2° Un travail manuscrit de M. le docteur Pamard, d'Avignon, candidat au titre de membre correspondant national. Il est intitulé : *Deux observations de balles ayant séjourné pendant un temps très-long, l'une dans le sinus maxillaire, l'autre dans le scapulum* et extraites par le docteur Pamard. Commission : MM. Magitot, Després, Duplay.

3° La lettre suivante, adressée par M. Marjolin au président de la société.

21 janvier 1874.

Monsieur le président,

« La Société de protection des apprentis voulant, à l'exemple de la société de Mulhouse, vulgariser, dans les manufactures et les plus petits ateliers, tous les appareils préventifs contre les accidents de fabrique et venir par tous les moyens dont elle peut disposer en aide aux apprentis blessés pendant leurs travaux, demande aux membres de la Société de chirurgie de vouloir bien lui signaler tous les accidents de fabrique ou d'atelier.

« Par cette statistique détaillée, la Société de chirurgie contribuera, pour sa part, à indiquer quels sont les appareils dangereux à modifier, et elle sera de plus très-utile aux apprentis mutilés que la société prend sous son patronage. »

« Agréez, je vous prie, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération. » « MARJOLIN. »

COMMUNICATION

M. LE FORT communique, de la part de M. le docteur Gripouilleau, de Mont-Louis, une observation intitulée : *Extraction, par le rectum, de débris osseux d'un enfant parvenu à terme et qui ont séjourné pendant quatorze ans dans un kyste fœtal. — Guérison.* Cette observation intéressante, dont M. Le Fort donne un court résumé, mais dont l'auteur nous laisse ignorer la terminaison, sera déposée aux archives.

RAPPORTS

M. GIRAUD-TEULON lit un compte rendu succinct sur l'état de la bibliothèque; il propose de vendre ou d'échanger certaines publications que la société possède en double.

M. LARREY fait observer que la société n'est pas en droit de disposer des ouvrages qui lui ont été donnés pour être conservés dans sa bibliothèque.

M. TRÉLAT rappelle qu'un vote antérieur de la société a décidé que les propositions faites par l'archiviste seraient soumises à une commission nommée séance tenante.

M. LE PRÉSIDENT désigne, pour faire partie de cette commission, MM. Larrey, Trélat et Giraud-Teulon.

RAPPORT

Luxation scapulo-humérale. — M. TILLAUX fait un rapport verbal sur une note de M. Nicaise, relative à une luxation scapulo-humérale que M. Nicaise a eu la bonne fortune de disséquer peu de temps après la production de la lésion.

Il y avait, dans ce cas, arrachement complet de la capsule, arrachement du trochiter, écornement du rebord glénoïdien et lésion du nerf circonflexe, qui était augmenté de volume. M. Tillaux fait ressortir, dans cette observation, deux particularités intéressantes : la première, c'est que la tête humérale, qui avait été remise en place, fut trouvée luxée de nouveau quelque temps après, sans que le malade eût commis la moindre imprudence, ce que l'auteur de la note explique par la large déchirure de la capsule. Le rapporteur pense que la lésion

du rebord glénoïdien a dû intervenir également dans cette reproduction du déplacement.

La seconde particularité, mise en relief par M. Tillaux, concerne la périnévrite du nerf circonflexe, expliquant probablement la paralysie du deltoïde qu'on observe parfois dans ces cas, et que quelques auteurs rattachent à la contusion du muscle.

L'examen histologique du nerf circonflexe a conduit M. Grancher aux conclusions suivantes :

« Périnévrite enveloppant toute une série de rameaux nerveux au niveau de leur séparation du tronc commun. L'inflammation est encore embryonnaire dans toute son étendue; elle pénètre dans l'intervalle des faisceaux nerveux primitifs, mais rien ne prouve que les parties constituantes du tube nerveux n'aient subi des modifications importantes. »

M. CHASSAIGNAC rappelle que cette reproduction des luxations a été observée fréquemment dans l'articulation coxo-fémorale, lorsqu'il y a en même temps fracture du rebord cotyloïdien, mais qu'il n'a vu aucun exemple de cette nature sur l'articulation scapulo-humérale. Il cite, à cette occasion, le fait d'une luxation du fémur survenue dans une course de chevaux, luxation qu'il réduisit, mais qu'il trouva reproduite deux ou trois jours après. Consécutivement il se forma un abcès du bassin, dont le malade faillit mourir, mais dont il guérit grâce au drainage.

Sur la proposition de M. Tillaux, la société vote : 1° des remercîments à M. Nicaise, 2° l'insertion de son observation au Bulletin.

COMMUNICATION

M. TH. ANGER lit un travail sur l'uréthroplastie dans le cas d'hypospadias et présente un malade chez lequel cette opération a été pratiquée avec succès.

Le travail de M. Th. Anger est renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Tillaux et Guyon, rapporteur.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeurs érectiles guéries. — Traitement complexe. — M. GUÉNIOT. L'enfant que j'ai l'honneur de présenter est celui même que j'ai déjà fait voir à la société dans la séance du 29 octobre 1873. Aujourd'hui les deux tumeurs dont il était affecté sont complétement guéries. La tumeur intersurcillière, qui pouvait, dans une de ses par-

ties, laisser quelque doute sur sa nature, était bien une tumeur érectile à la fois cutanée et sous-tégumentaire. Sa destruction a été laborieuse et longue à obtenir : je dus recourir successivementà l'emploi répété de la pâte de Vienne, à la ligature suivant le procédé de Rigal (de Gaillac) et, enfin, à des cautérisations énergiques et quotidiennes avec le nitrate d'argent. Grâce à cette thérapeutique complexe et persistante, la cicatrisation a pu être conduite de façon à ne rien laisser à désirer. Il n'existe, en effet, aucune trace de difformité; la cicatrice est absolument plane et se relie sans transition choquante avec les téguments voisins.

Malgré cet excellent résultat, je n'hésite pas à dire que l'emploi de la pâte de Vienne, auquel je recourus d'abord, constitue un procédé très-défectueux pour détruire les angiomes qui intéressent à la fois la peau et les tissus sous-cutanés. Ce caustique, en effet, reste impuissant à atteindre la partie profonde de la tumeur; et quand, au bout de dix à quinze jours, l'escarre vient à se détacher, la portion non détruite s'est développée de façon à reconstituer la tumeur primitive. Une nouvelle application de pâte ne produit pas d'effet plus efficace que la première. Si, chez mon petit malade, je m'en fusse tenu à ce procédé, il est à peu près certain que la vitalité extraordinaire de la tumeur aurait vaincu tous mes efforts.

La petite tumeur, exclusivement cutanée, qui siégeait sur le cuir chevelu, au côté gauche de la tête, a pu être, au contraire, facilement détruite par ce même caustique, parce qu'elle était petite, superficielle, et que la pâte escarrotique pouvait aisément l'atteindre dans tous ses points.

Pour les angiomes un peu volumineux, le procédé de ligature par fragmentation et étranglement de la tumeur (comme l'a préconisé Rigal, de Gaillac) me paraît donc bien préférable au caustique de Vienne. C'est lui que j'employai tout récemment dans un cas analogue au précédent, et je n'ai eu qu'à me louer de sa puissance et de sa simplicité.

Quant à la vaccination, je crois, comme M. Blot, que sa valeur thérapeutique est fort restreinte, toutes les fois qu'on l'applique à des angiomes qui ne sont pas exclusivement cutanés. Deux exemples tout récents viennent me confirmer dans cette opinion. Dans le premier, une vaccination bien faite avec des piqûres multipliées et presque toutes réussies, n'amena cependant qu'une destruction partielle de la tumeur, et la portion survivante acquit promptement des proportions très-supérieures à la tumeur primitive. Dans le second cas, le malade, âgé d'un an, portait sur le crâne une tumeur érectile,

grosse comme une amande. Le sommet de la tumeur présentait trois belles cicatrices vaccinales. L'enfant, d'ailleurs cachectique, fut atteint de rougeole et de pneumonie, puis succomba rapidement. Voici la pièce pathologique, qui démontre que l'angiome occupait toute l'épaisseur des téguments du crâne, et que les cicatrices vaccinales n'intéressaient absolument que sa surface. Pour un tel cas, la conclusion est facile à déduire.

DISCUSSION

M. PAULET a pu, à l'aide des caustiques, détruire une tumeur érectile du volume d'une prune, siégeant à l'éminence hypothénar. Mais il ne s'est servi de la pâte de Vienne que pour détruire l'épiderme, et il l'a remplacée ensuite par la pâte de Canquoin, qui agit à une grande profondeur.

M. GUÉNIOT fait observer qu'il n'a voulu, en raison du siége de la tumeur, employer que des caustiques dont l'action fût pour ainsi dire instantanée et pût être produite en sa présence.

M. CHASSAIGNAC met en garde contre l'usage des caustiques diffluents dans le traitement des tumeurs très-vasculaires : ce sont les caustiques coagulants qu'il faudrait employer dans ces cas. Mais, pour lui, il a toujours réussi par l'écrasement linéaire. Quant à la vaccination, il répète qu'elle n'est efficace qu'en tant qu'elle provoque une inflammation suppurative envahissant toute la tumeur.

M. GUYON a traité par la cautérisation, l'an dernier, deux tumeurs érectiles. Après avoir produit une escarre avec la pâte de Vienne, il a détruit, par le chlorure de zinc, les bourgeons charnus laissés à nu à la suite de la chute de cette escharre. Il a pu ainsi donner satisfaction à cette préoccupation de M. Guéniot de n'agir qu'en connaissance de cause.

M. PANAS présente un malade qu'il a opéré d'un staphylome cicatriciel de la cornée, et fait la communication suivante :

Staphylome cicatriciel presque total de la cornée. — Première opération par incision et énucléation du cristallin (procédé de Graefe) ; insuccès. — Trépanation de l'œil suivie de guérison. — Voici un malade âgé de quarante ans, et qui, par suite d'un coup de branche d'arbre, le 15 juin 1873, eut une destruction de la cornée de l'œil gauche et un staphylome cicatriciel globuleux et presque total de cette membrane.

A son entrée à l'hopital Lariboisière, le 10 novembre dernier, nous

constations que le staphylome, d'une teinte laiteuse, uniformément arrondi, et comprenant aussi bien la cornée que l'iris, n'avait respecté qu'une bande cornéale de la largeur de deux lignes en haut et en dedans, et qui nous permit de conserver encore l'espoir qu'à l'aide d'une iridectomie ou d'une irido-dialyse, on pouvait rétablir un certain degré de vision. En attendant il fallait porter remède à la gêne occasionnée par la présence de l'intumescence staphylomateuse sur le devant de l'œil, et qui entraînait avec elle un degré assez prononcé de congestion des vaisseaux de l'épisilère.

Il va sans dire que l'opération de l'excision suivie de suture devait être mise de côté pour plusieurs raisons, dont la principale découlait de l'espoir de conserver à cet œil un certain degré de vision.

L'opération que Graefe avait préconisée, et qui consiste, comme on sait, à pratiquer à la base du staphylome une incision transversale qui le divise en deux moitiés, puis à extraire le cristallin, le tout suivi de l'emploi prolongé du bandeau compressif, nous paraissait devoir convenir le mieux. Aussi l'avons-nous pratiquée le 28 novembre.

Dans la production d'un staphylome cicatriciel de la cornée, deux éléments jouent le principal rôle. D'un côté, l'amincissement et le ramollissement inflammatoire avec ulcération de cette membrane ; de l'autre, la tension intraoculaire, souvent accrue par l'état phlegmasique de l'œil, et qui produit directement l'ectasie du tissu cornéal altéré dans sa structure.

Ne pouvant pas remédier au défaut de résistance de la cornée une fois que le staphylome cicatriciel se trouve définitivement constitué, il est tout naturel qu'on ait songé à s'adresser à l'autre élément, l'agent principal de l'ectasie, à savoir, la *tension* intraoculaire qu'on a cherché à diminuer, non plus par la simple iridectomie, mais bien par l'extraction du cristallin, celle-ci étant supposée devoir y laisser un vide persistant.

Contrairement aux données théoriques qui précèdent, nous avons vu le staphylome se reproduire après l'opération, à mesure que s'effectuait la cicatrisation de la plaie cornéale, et cela, malgré l'occlusion de l'œil avec le bandeau compressif et malgré que nous eussions désuni à deux ou trois reprises différentes, à l'aide d'un stylet mousse, les lèvres de la plaie.

Devant un insuccès absolu, nous avons jugé la méthode opératoire de Graefe comme inefficace, et le 13 décembre suivant, nous avons pratiqué la trépanation de la cornée.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Un bandeau

compressif fut maintenu sur l'œil, jusqu'au 31 décembre, époque à laquelle le malade partit guéri pour Vincennes.

Actuellement, un mois et demi après l'opération, vous pouvez constater que le staphylome a complétement disparu, et que même la partie naguère ectasique de la cornée se montre plus plate qu'à l'état normal.

DISCUSSION

M. TRÉLAT a eu l'occasion de pratiquer deux fois, sur un malade, la trépanation de la cornée pour un staphylome avec synéchie, contre lequel l'iridectomie lui paraît tout à fait impuissante. Une première trépanation, centrale, produisit un excellent résultat. Une fistule de la cornée, qui persista pendant cinq semaines environ, détermina une rétraction et un affaiblissement des tissus cornéens, si bien que le malade put remplir les fonctions d'infirmier. Plus tard, sous l'influence de fatigues de l'œil, il fut pris de kératite, et le staphylome se reproduisit. Une nouvelle trépanation fut pratiquée, très-près de la trace laissée par la première; mais, le lendemain, l'ouverture artificielle était bouchée par une sorte d'opercule couleur châtain, probablement constitué par l'uvée ; aussi le résultat fut-il bien moins favorable que la première fois. Le malade est encore en traitement, mais M. Trélat craint un insuccès.

M. CHASSAIGNAC demande s'il existait, dans les cas dont il vient d'être parlé, une étendue assez considérable de la cornée restée transparente pour qu'on pût songer à créer une pupille artificielle utile. Si la réponse est négative, il donne la préférence à l'ablation totale de la cornée. Il pense qu'en ne retranchant pas une grande portion de la membrane de Descemet, chargée de sécréter l'humeur aqueuse, on favorise une récidive certaine.

Il n'y a donc pas lieu, suivant lui, de modifier l'ancien mode opératoire.

M. TRÉLAT fait remarquer qu'enlever la cornée, c'est supprimer l'organe visuel.

M. SÉE a pratiqué deux fois, dans ces derniers temps, la trépanation de la cornée. Dans les deux cas, l'opération a déterminé peu de douleur et n'a causé aucun accident. Mais très-rapidement l'ouverture faite par le trépan a été comblée par une pellicule grisâtre, dépendant probablement de la capsule du cristallin, refoulé en avant après l'écoulement de l'humeur aqueuse. Cette pellicule a mis obstacle à la

sortie ultérieure de ce liquide ; aussi M. Sée n'a-t-il pas observé cette rétraction rapide des bords de l'orifice et cet affaissement si remarquable du staphylome qu'a présentés le malade de M. Panas.

Pour ce qui est de l'étendue de la membrane de Descemet laissée après la trépanation, étendue où M. Chassaignac voit une cause de récidive, M. Sée fait observer que cette membrane, complétement privée de vaisseaux, ne peut être considérée comme la source de l'humeur aqueuse, qui ne peut être sécrétée que par les parties vasculaires de l'œil, en particulier par l'iris. Il croit préférable d'ailleurs, de conserver un œil, même inutile quant à la vision, plutôt que de le détruire de parti pris, au risque de développer des accidents graves.

M. GIRAUD-TEULON, sans se prononcer sur le mécanisme de la sécrétion de l'humeur aqueuse, fait remarquer que les adhérences de l'iris avec la cornée déterminent toujours un trouble dans l'équilibre des pressions oculaires et une tendance à la propulsion de la cornée en avant. Il croit, d'ailleurs, à la supériorité de la trépanation de la cornée, comparée à l'excision de cette membrane.

M. CHASSAIGNAC n'accepte pas les idées de M. Sée sur la sécrétion de l'humeur aqueuse, qu'il attribue à l'épithélium de la membrane de Descemet. Il invoque en sa faveur ces grandes accumulations de liquide qu'on a appelées hydropisies de la membrane de Descemet. Sur d'autres points, on voit d'ailleurs, dit M. Chassaignac, des sécrétions s'opérer dans des parties privées de vaisseaux.

M. LE FORT ne voudrait appliquer la trépanation que pour des staphylomes partiels, laissant espérer le rétablissement de la vision. Dans les autres cas, il aime mieux enlever ou détruire le globe oculaire, ce qui permet au malade de porter un œil artificiel, dissimulant parfaitement son infirmité, et le met à l'abri des ophthalmistes sympathiques.

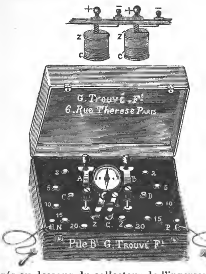
PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. LE FORT présente, de la part de M. Trouvé, un nouvel appareil à courants constants et continus, au sulfate de cuivre, très-économique et très-portatif.

On sait que le couple au sulfate de cuivre est le seul qui produise des courants réellement constants et continus ; mais, jusqu'à présent,son application dans la pratique journalière était restreinte par suite du volume des couples et de leur fragilité.

L'appareil imaginé et construit par M. Trouvé vient combler cette lacune.

Cet appareil a quarante ou quatre-vingts éléments, et son volume ne dépasse pas 2 à 3 centimètres cubes.



Chacun des éléments est constitué de la manière suivante :

Entre deux disques, l'un de cuivre, l'autre de zinc, formant les deux électrodes, sont placées des rondelles de papier buvard ou de toute autre matière poreuse. La moitié inférieure de ces rondelles est préalablement saturée de sulfate de cuivre, l'autre moitié de zinc.

Les éléments sont disposés en tension et rangés au-dessous du collecteur de l'inverseur du courant et du galvanomètre réunis, sur une plaque de caoutchouc durci, le tout renfermé dans une boîte en acajou.

Lorsqu'on veut se servir de l'appareil, il suffit de plonger une fois pour toutes, pendant quelques secondes, tous les éléments à la fois dans l'eau ordinaire. L'eau absorbée par les rondelles de papier buvard dissout le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc, et permet ainsi la réaction chimique qui produit le courant.

Les éléments resteront humides tant qu'ils seront placés dans la cuvette de caoutchouc durci ; au contraire, il suffira de les laisser deux jours à l'air libre pour les mettre ainsi au repos absolu pour un temps illimité sans aucune détérioration.

Comme il suffit, pour recharger cette pile, de la plonger à moitié dans une dissolution de sulfate de cuivre (puisque le sulfate de zinc se reproduit sans cesse), on comprendra de quelle économie elle sera dans la pratique ; car on pourra la laisser au repos pendant des années entières et, par suite, elle pourra être utilisée par tous les médecins, qui ne s'en serviront qu'à de longs intervalles.

La séance est levée.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : — *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Progrès médical.* — *La France médicale.* — *Le Bordeaux médical.* — *Le Bulletin médical du nord de la France.*

Une lettre de M. Théophile Anger qui prie la société de le *comprendre au nombre des candidats à la place de membre titulaire déclaré vacante.*

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui informe la société *qu'une somme de six cents francs lui est accordée à titre d'encouragement pour ses travaux.*

M. RIZZOLI, membre correspondant à Bologne, adresse un mémoire intitulé : *Di un aneurisma arterioso-venoso attroversante la parete del cranio.*

PRIX

M. le secrétaire général donne lecture des prix de la Société de chirurgie pour 1874 et 1875.

La Société de chirurgie décernera, pour l'année 1874, le prix Duval et le prix Laborie ; cette année, le sujet du prix Laborie est libre.

Pour l'année 1875, la Société de chirurgie décernera le prix Duval, le prix Laborie et le prix Gerdy.

PRIX LABORIE. — *Établir, à l'aide d'observations, la valeur thérapeutique de l'urétrotomie interne.*

PRIX GERDY. — *De l'action de l'air sur les plaies, au point de vue historique et doctrinal.*

Les commissaires nommés pour désigner ces questions ont eu le désir de s'inspirer des habitudes et des tendances scientifiques des fondateurs. Ils ont, d'ailleurs, voulu suivre les traditions de la Société

de chirurgie en se préoccupant de ne pas séparer l'étude des points relatifs à la pratique chirurgicale de celle de l'histoire de l'art et des doctrines. La société invite les compétiteurs pour le prix Gerdy à accorder à l'étude historique de la question toute l'importance qu'elle comporte.

Les thèses qui devront concourir pour le prix Duval 1874, les mémoires qui devront concourir pour le prix Laborie 1874, seront déposés sur le bureau de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1874.

Les thèses et mémoires destinés aux concours de 1875 devront être déposés avant le 1er novembre 1875.

La société rappelle que le prix Duval est de la valeur de 100 francs en livres; que le prix Laborie est de la valeur de 1,200 francs, et que divers arrérages permettent de disposer d'une somme importante à distribuer, s'il y a lieu, en encouragements; que le prix Gerdy est de 2,000 francs.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société que M. le docteur Spielmann, membre correspondant, assiste à la séance. Il prévient également la société qu'elle aura à nommer une commission chargée d'examiner les titres des condidats à une place vacante de membre titulaire.

LECTURES

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit l'observation suivante de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant :

Nouvelle observation de pseudarthrose de la cuisse guérie par les injections irritantes. — Dans une communication faite à la Société de chirurgie, en 1863 (*séance du* 13 *mai; Bulletin de la société, t. IV, p.* 196), j'ai fait connaître une application spéciale des injections sous-cutanées à la cure des pseudarthroses, et j'ai rapporté à l'appui l'observation d'un homme de cinquante-trois ans, atteint de pseudarthrose de la cuisse datant de plus de cinq mois, traité sans succès par l'immobilité prolongée et deux applications d'aiguilles à acupuncture, chez lequel la consolidation s'était opérée à la suite de deux injections d'ammoniaque étendue d'eau.

Depuis cette époque, je n'avais pas eu l'occasion de faire de nouvelle application de cette méthode. Il y a quelques mois, un cas pres-

que identique à celui que je viens de rappeler s'est encore présenté dans mon service d'hôpital. L'intérêt avec lequel la Société de chirurgie a bien voulu accueillir ma première communication m'engage à lui adresser la relation de ce second fait, dont tous les détails ont été recueillis avec soin, et pour ainsi dire jour par jour, par M. Dargelot, chef-interne distingué de l'hôpital d'Aix.

OBS. — *Pseudarthrose de la cuisse datant de près de six mois; insuccès de la demi-flexion, de l'appareil de Scultet, de l'extension permanente, de l'immobilité prolongée; neuf injections irritantes; guérison.*

B..., camionneur, âgé de trente-quatre ans, de constitution moyenne, d'une bonne santé habituelle, conduisait son camion, le 28 octobre 1872, lorsque, ayant voulu ramasser les rênes de son cheval, qui pendaient au-devant des roues de la voiture, il tomba à la renverse et une des roues du camion lui passa sur la cuisse gauche.

Transporté à l'hôpital d'Aix presque immédiatement après l'accident, on constate l'existence d'une fracture de la cuisse, située à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du côté gauche. La fracture est très-oblique, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors. Les téguments sont violemment contus et fortement soulevés à la partie antéro-externe par l'extrémité libre du fragment supérieur, qui forme un angle très-prononcé, en ce point, et paraît fortement taillé en biseau. Le fragment inférieur, de son côté, est attiré en dedans et en bas, c'est-à-dire en sens contraire du fragment supérieur. Il résulte de cet état de choses un grand écartement des fragments et l'impossibilité de les amener au contact, soit à cause de la contraction musculaire, qui est-très énergique, soit probablement aussi par suite de l'interposition, entre les deux fragments, de quelques fibres profondes du triceps. Le membre, mesuré comparativement à celui du côté opposé, présente un raccourcissement de 7 à 8 centimètres. Il n'exite pas de plaie aux téguments produite par la saillie des fragments. La cuisse est fortement tuméfiée au niveau de la fracture; malgré cela, l'état général peut être considéré comme rassurant.

M. le docteur Bourguet, appelé à visiter le malade en l'absence de son collégue M. le docteur Gouyet, chargé en ce moment du service chirurgical, tente inutilement de réduire la fracture. La contraction musculaire et le chevauchement des fragments sont tellement prononcés, qu'une réduction complète est impossible, avec ou sans chlo-

roforme. Le membre est alors placé sur le double plan incliné à crémaillère, et dans la demi-flexion, attitude qui paraît un peu moins défavorable que l'extension horizontale, quoiqu'elle ne permette pas cependant une bonne coaptation.

2 novembre. — On remplace le plan incliné par un appareil de Scultet, avec attelles en bois régnant sur toute la longueur du membre, et une petite attelle fémorale comprimant le fragment supérieur et immobilisant la fracture aussi complétement que possible.

29 décembre. — L'appareil de Scultet est enlevé. Pas de trace de consolidation. Application d'un appareil dextriné enveloppant la jambe et la cuisse jusqu'au bassin. En outre, le malade, accusant des antécédents syphilitiques, est mis à l'usage du sirop de Boutigny et de la tisane de salsepareille.

1er février. — Le bandage dextriné est ouvert sur toute sa longueur. Même état du membre. Les fragments présentent toujours une extrême mobilité et une grande tendance au chevauchement. Réapplication du bandage dextriné. Continuation du sirop de Boutigny, auquel on ajoute une cuillérée à soupe, matin et soir, de solution de bi-phosphate de chaux d'Odet.

19 mars. — Suppression du traitement mercuriel; continuation du phosphate de chaux.

3 avril. — Examen du membre. Pas de changement dans l'état de la fracture. Les deux fragments sont libres et flottants au milieu des chairs. Le membre s'incline dans tous les sens. Raccourcissement de 8 à 9 centimètres. Réapplication de l'appareil dextriné. Extension permanente au moyen de l'attelle de Boyer, jusqu'à dessiccation de l'appareil, en vue de combattre le raccourcissement.

23 avril. — Le raccourcissement a presque disparu. La mobilité des fragments reste la même. M. Bourguet, qui a pris le service le 1er avril, se décide à recourir aux injections irritantes.

Une injection avec dix gouttes d'une solution d'ammoniaque au tiers est faite en avant du fragment supérieur, entre celui-ci et le fragment inférieur, au moyen de la seringue Pravaz.

L'injection est pratiquée à neuf heures du matin. Pas de douleur jusqu'à six heures du soir. A six heures, la malade ressent des picotements et des fourmillements au siége de l'injection.

Le lendemain, on sent sur le trajet de la piqûre une induration ovoïde, du volume d'une aveline. Cette induration augmente encore un peu dans la nuit du 24 au 25 avril ; elle reste ensuite stationnaire.

27 avril. — Deuxième injection avec vingt gouttes de la même

solution. Celle-ci est faite à la partie postérieure de la cuisse, en avant du fragment inférieur.

30 avril. — Troisième injection semblable à la précédente, dirigée transversalement au milieu des fragments et dans leur intervalle.

Ces deux dernières injections ne présentent rien de particulier digne d'être noté. Le malade continue à manger les trois quarts.

8 mai. — Quatrième injection, de vingt gouttes, avec une solution fraîchement préparée et plus concentrée (parties égales d'eau et d'ammoniaque). Une heure après, le malade accuse une vive sensation de brûlure. Cette sensation dure environ demi-heure, puis disparaît.

Pendant tout le temps qu'ont duré les injections, le membre malade est resté placé dans une gouttière que lui formait le bandage dextriné ouvert à sa partie antérieure. L'attelle de Boyer, située au côté externe de la cuisse, complétait l'immobilisation et empêchait la reproduction du chevauchement des fragments.

16 mai.— Moins de mobilité, mais pas de consolidation. Injection à la partie postérieure du fragment supérieur avec vingt gouttes de la solution suivante :

Iode.	10 grammes.
Eau distillée	20 grammes.
Iodure de potassium . . .	Q. S.

Cette injection, faite par la seringue de Pravaz, est suivie d'une sensation de brûlure analogue aux injections ammouiacales, mais un peu plus forte ; elle se reproduit, par intervalles, dans le courant de la jouruée. Pas de fièvre ; continuation de l'alimentation des jours précédents. Le lendemain, induration des tissus sur tout le trajet parcouru par le trocart.

25 mai. — Le malade croit reconnaître que le membre fracturé exécute quelques mouvements de totalité, en dedans et en dehors, qui étaient impossibles précédemment. Ce petit détail lui donne du courage et semble indiquer, en effet, un peu moins de mobilité dans les fragments. Ajoutons que l'espace compris entre ces derniers tend à diminuer et à se remplir de tissus qui présentent une certaine induration.

2 juin. — Deuxième injection iodée, pratiquée avec le trocart n° 2, de l'appareil aspirateur de Dieulafoy. La ponction est faite de bas en haut, au niveau du fragment supérieur. La pointe du trocart, arrivée sur l'os, le rase, pendant quelque temps, et pénètre ensuite

profondément entre les fragments. Elle est retirée lentement, à mesure que l'injection pénètre. Cinquante gouttes de la solution iodée précédente sont ainsi injectées.

Immédiatement après l'injection, le malade ressent une sensation de brûlure qui se continue pendant une heure. Cette sensation se dissipe vers dix heures; mais B... éprouve, par intervalles, jusqu'à trois heures de l'après-midi, de la chaleur et des fourmillements au siége de l'injection. Toutefois il ne se produit pas la moindre fièvre, et l'appétit n'est pas troublé.

4 juin. — Troisième injection avec cinquante gouttes de la même solution, pratiquée, de haut en bas, à la partie postérieure de la cuisse, avec le même instrument et les mêmes précautions que ci-dessus. Le résultat est complétement identique, tant au point de vue des effets primitifs que consécutifs.

14 juin. — Deux injections iodées, de trente gouttes chacune, sont encore faites avec l'aspirateur de Dieulafoy : l'une, au niveau du fragment supérieur, l'autre au niveau du fragment inférieur, en choisissant les points où l'induration était le moins considérable.

Aussitôt après ces deux dernières injections, le membre est placé dans un appareil silicaté, appliqué avec beaucoup de précaution, et embrassant tout à la fois la jambe, le pied, la cuisse et le bassin, de façon à obtenir une immobilité aussi complète que possible et à ne pas avoir à toucher à l'appareil de quelque temps. Continuation, jusqu'au 10 juillet, du phosphate de chaux, à la dose de 1g50 et de 2 grammes par jour.

10 août. — Le malade sent son membre beaucoup plus solide sous l'appareil; il commence à descendre dans le jardin de l'hôpital, appuyé sur deux béquilles et appliquant la pointe du pied contre le sol; deux fenêtres sont faites au bandage silicaté, au niveau du genou et au niveau du cou-de-pied, afin de faciliter les mouvements articulaires.

1er septembre. — La marche devient de plus en plus facile; le malade projette son pied en avant et l'appuie complétement contre le sol.

17 septembre. — L'appareil est enlevé. Les fragments sont trouvés réunis par un cal très-volumineux et très-solide. Au niveau de la fracture, la cuisse présente 3 centimètres de plus de circonférence que celle du côté sain. En examinant le cal avec attention, on sent à la superficie une série d'inégalités qui paraissent constituer autant de jetées osseuses et correspondre exactemeut aux diverses piqûres du trocart. Il existe un raccourcissement, de 2 centimètres et demi,

produisant une claudication à laquelle il sera facile de remédier par une chaussure à talon plus élevé. Les mouvements de flexion et d'extension du genou sont limités à un angle de 115 à 120 degrés ; ceux du cou-de-pied s'exécutent assez facilement, tout en laissant cependant à désirer.

Malgré la consolidation complète de la fracture, on considère comme plus prudent de ne pas abandonner encore le membre à lui-même. En conséquence, un second appareil silicaté est appliqué, avec la précaution de laisser libres les articulations du genou et du cou-de-pied.

25 novembre. — Suppression de tout appareil ; le malade marche facilement à l'aide d'une canne.

Cette nouvelle observation me paraît tout aussi digne d'intérêt que celle rappelée en commençant. Elle est même, à mon avis, plus probante au point de vue de l'*innocuité* et de l'*efficacité* des injections irritantes appliquées à la cure des pseudarthroses.

On aura pu remarquer, en effet, que, tandis que deux injections seulement avaient été pratiquées, chez mon premier malade, il en a été fait neuf chez celui-ci, dont quatre avec un mélange d'eau et d'ammoniaque et cinq avec une solution iodurée renfermant 10 grammes d'iode sur 20 grammes d'eau distillée et une quantité suffisante d'iodure de potassium pour empêcher la précipitation de l'iode, par conséquent douée d'une activité considérable.

Or aucune de ces neuf injections n'a été accompagnée du moindre accident : pas de réaction fébrile appréciable ; pas d'inflammation locale intense ; pas de suppuration dans le foyer de la fracture ou dans les parties molles environnantes; pas même la simple perte de l'appétit, à la suite de ces injections. Et cependant, le mélange d'eau et d'ammoniaque de la quatrième avait été fait par moitié, au lieu de l'être par tiers, et, dans les trois dernières, 50 et même 60 gouttes du liquide iodé avaient été injectées dans le foyer de la fracture et dans l'espace intermédiaire aux fragments.

Ce fait fournit donc une preuve de plus, et une preuve d'un certain poids, en faveur de l'innocuité des injections irritantes. Il vient confirmer, de la manière la plus heureuse, les premières tentatives faites dans cette direction, tant celle qui nous était personnelle que celles de M. Azam, de Bordeaux, et de M. le professeur Verneuil, qui ont eu également recours, l'un et l'autre, à cette méthode, le premier dans un cas de pseudarthrose de la cuisse, le second dans une pseudarthrose du bras, sans compter une application antérieure faite par Hulse, de Pensacola, en 1833 ; mais, toutefois, un peu différente, puis-

que le malade de Hulse était porteur d'une plaie fistuleuse communiquant avec le foyer de la fracture, et que les injections (vin d'Oporto, solution de sel marin, solutiou de sulfate de cuivre) avaient été faites dans l'intérieur du trajet fistuleux (1).

On le voit, l'innocuité des injections irritantes sous-cutanées ressort de toutes les applications qui ont été faites jusqu'à ce jour, applications qui commencent à être assez nombreuses, à cause de la multiplicité des injections faites dans chacun des quatre cas de pseudarthrose recueillis par M. Azam, par M. Verneuil, et par nous-même.

Un pareil résultat, tout en ne reposant pas encore sur des chiffres bien imposants, constitue cependant une donnée d'une certaine valeur, quand il s'agit d'une maladie qui ne compromet pas l'existence et avec laquelle on peut parfaitement vivre, telle qu'une pseudarthrose. On peut même avancer, sans craiute d'exagération, que toute méthode opératoire qui ne permet pas de compter d'avance sur une innocuité à peu près complète ne deviendra jamais générale, car un chirurgien prudent et réfléchi reculera toujours devant l'emploi d'un moyen dangereux dans une maladie qui, non-seulement ne tue pas, mais qui n'est au fond qu'une infirmité pénible et gênante.

Quant à la seconde proposition énoncée tout à l'heure : l'*efficacité* du moyen en lui-même, je ne crois pas qu'on puisse la mettre en doute dans le fait que l'on vient de lire.

Pour démontrer cette vérité, il me suffira de rappeler :

1° Que la fracture remoutait déjà à six mois, au moment où les injections ont été commencées;

2° Que le membre pouvait être incliné dans tous les sens, comme dans les premiers jours de la fracture, et qu'on sentait les fragments libres et flottants au milieu des chairs ;

3° Que la jambe et la cuisse avaient été immobilisées très-exactement, pendant tout ce temps, soit au moyen de l'appareil dextriné, qui était resté en place, depuis le 29 décembre 1872, jusqu'au 3 avril 1873, c'est-à-dire pendant un intervalle de plus de quatre mois;

4° Enfin, que le travail de consolidation a commencé à s'effectuer, du moment qu'on a ajouté les injections irritantes aux moyens de contention employés jusque-là, et qu'il a été complet, dans l'espace de deux mois ou deux mois et demi, tandis que l'immobilisation pure et simple n'avait pas empêché la production de la pseudarthrose, quoique continuée pendant six mois.

---

(1) Vételay, *Considér. sur les pseudarth. th. de Paris*, 1869.

Ce dernier argument me paraît une des preuves les plus convaincantes de l'efficacité de la médication mise en usage.

On objectera peut-être que les injections n'ont pas produit, par elles-mêmes, la consolidation, puisque l'application d'un appareil inamovible a été nécessaire, et que ce n'est que quelque temps après l'application de cet appareil qu'on a pu remarquer quelques indices annonçant une certaine tendance à la formation du cal?

Cette objection me paraît plus spécieuse que fondée.

Demander aux injections irritantes la guérison rapide des pseudarthroses ou des fractures qui tardent à se consolider, c'est, selon moi, se faire une fausse idée de l'action physiologique de cette méthode et exiger d'elle plus qu'elle ne peut donner en réalité.

Il est de toute évidence, en effet, qu'elle n'agit et ne peut agir qu'en modifiant la vitalité du foyer de la fracture et en y déterminant une inflammation particulière, limitée d'abord à ce même foyer, et qui, en se propageant successivement à tous les tissus ambiants (périoste, tissu conjonctif, fibres musculaires, capsule fibreuse de nouvelle formation) amène une hyperplasie de ces divers tissus et donne naissance à des cellules de nouvelle formation qui s'encroûtent de substance calcaire et finissent, au bout d'un temps plus ou moins long, par amener la transformation de tous ces tissus en tissu osseux.

L'immobilisation est donc le complément obligé et indispensable des injections irritantes. — J'ajouterai, en passant, qu'elle ne me paraît pas avoir été suffisante dans le fait de M. Azam. — Quoi qu'il en soit, l'observation qui précède renferme, à cet égard, un enseignement clinique qui ne doit pas être perdu de vue, et sur lequel on ne saurait trop insister. Elle démontre, de la façon la plus évidente, à nos yeux, que l'immobilisation, en pareil cas, doit être complète, absolue, et prolongée pendant un temps considérable (plusieurs mois au moins), après la cessation des injections. Mais que sont quelques mois d'immobilisation d'un membre en présence d'une infirmité qui eût duré toute la vie?

Je terminerai ces réflexions par une remarque toute pratique.

On a vu que, dans les quatre dernières injections, le trocart n° 2 de l'appareil aspirateur de Dieulafoy a été substitué au petit trocart de la seringue Pravaz.

Ce qui m'a engagé à agir de la sorte, c'est que le trocart de Pravaz était un peu trop court, et qu'il ne pénétrait pas assez profondément dans l'intervalle des fragments, lorsque l'injection était dirigée de haut en bas ou de bas en haut; d'un autre côté, il m'était arrivé plusieurs fois de le voir se plier et s'infléchir, par suite de la résistance

que rencontrait sa pénétration jusqu'au point choisi pour faire l'injection. Je pensai donc que le trocart de Dieulafoy, offrant plus de longueur et plus de résistance, atteindrait mieux le but désiré.

Je me proposais, en outre, en faisant choix de ce dernier instrument, de l'insinuer entre l'os et le périoste, en rasant l'os et décollant le périoste, dans l'étendue de quelques centimètres, de façon à pouvoir déposer l'injection à la face interne de la membrane périostique, pourvue, comme on sait, d'une couche cellulo-vasculaire douée de propriétés réparatrices très-énergiques. Cette pratique, imitée de celle de MM. Brainard et Ollier, me paraissait parfaitement rationnelle et susceptible d'augmenter l'action ostéogénique des injections irritantes. C'est donc à elle que j'ai eu recours dans les trois dernières applications qui ont été faites de cette méthode.

Est-ce à ce détail opératoire qu'il faut attribuer la marche plus rapide de l'ossification et de la consolidation, à la suite des dernières injections? Je n'oserais l'affirmer. Dans tous les cas, la conduite suivie méritait d'être indiquée, et je n'hésite pas à signaler ce point de pratique aux chirurgiens qui se décideront à recourir à la méthode des injections irritantes.

En résumé, l'observation que je viens de faire connaître, ajoutée aux trois faits du même genre publiés antérieurement, tout en laissant subsister encore quelques *desiderata*, me semble permettre cependant d'établir, d'hors et déjà, un certain nombre de conclusions, que l'on peut considérer comme autant de jalons posés pour l'avenir, et que je formulerai de la manière suivante :

1° Les injections irritantes sous-cutanées, appliquées au traitement des pseudarthroses, constituent une méthode opératoire très-simple et d'une exécution facile;

2° Ces injections n'ont jamais déterminé d'accident dans les diverses applications qui en ont été faites jusqu'ici;

3° Elles se sont montrées utiles dans plusieurs cas; mais des faits plus nombreux sont nécessaires pour permettre d'apprécier leur véritable degré d'utilité;

4° L'immobilisation du membre doit être associée aux injections irritantes, et il importe que cette immobilisation soit complète, absolue et suffisamment prolongée;

5° Il est facile, et tout indique qu'il doit être avantageux, d'irriter directement le périoste, au moyen de l'instrument qui sert à faire la ponction, et de déposer ensuite le liquide irritant à la face interne ou dans l'épaisseur de cette membrane;

6° Enfin, dans l'état actuel de la science, la prudence semble faire

un devoir aux chirurgiens de recourir à cette méthode avant d'en venir à des opérations plus graves et plus dangereuses.

M. DUPLAY lit la note suivante :

Note sur le traitement chirurgical de l'hypospadias scrotal et périnéal. — Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. le docteur Théophile Anger est venu rendre compte à cette tribune d'une opération qu'il a pratiquée, avec succès, sur un jeune homme atteint d'hypospadias scrotal.

Depuis plusieurs années je m'occupe activement du traitement chirurgical de ce vice de conformation, considéré jusqu'à ce jour comme absolument incurable, et je devais, probablement dans quelques mois, vous faire une communication sur ce sujet. La lecture de M. Théophile Anger m'oblige à ne pas attendre davantage pour vous faire part de mes efforts et des résultats que j'ai obtenus dans une voie tout à fait nouvelle. Il est bien entendu que je m'abstiendrai de toute allusion au fait si intéressant de M. Anger, remettant les quelques observations critiques que j'aurai à faire au moment de la discussion du rapport dont s'est chargé notre collègue M. Guyon. Le seul but de ma communication est de vous exposer des faits qui me sont personnels, qui diffèrent notablement, ainsi que vous le verrez, du fait de M. Anger, et qui peuvent tout au plus servir de points de comparaison et de discussion pour le rapport.

C'est en 1868 que se posa, pour la première fois devant moi, la question du traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal, et, depuis cinq ans, j'ai eu l'occasion de voir et d'opérer trois sujets atteints de ce vice de conformation.

Or, dans deux cas, quoique le résultat définitif ne soit pas encore obtenu, je crois être en droit d'y compter dès à présent. Le troisième cas ne doit pas être considéré comme un insuccès ; car une première opération a donné ce qu'elle pouvait donner, et c'est seulement par suite du refus des parents de continuer la cure que j'ai dû en rester là.

De ces trois cas, deux ont été observés chez des enfants de quatre ans et quatre ans et demi, un troisième chez un jeune homme de vingt et un ans. Tous les trois se présentaient dans des conditions à peu près identiques, et, pour épargner vos moments, je vous demande la permission de les décrire collectivement, me bornant à quelques remarques particulières.

La verge, vue par sa face dorsale, paraît à peu près normalement

développée ; elle est fortement appliquée contre le scrotum, lequel est fendu sur la ligne médiane et constitue de chaque côté deux replis qui simulent, jusqu'à un certain point, deux grandes lèvres. Il est d'ailleurs facile de s'assurer de la présence dans le scrotum des deux testicules, dont le droit est constamment plus volumineux que le gauche.

En relevant légèrement la verge, on constate que le gland présente, près de son sommet et à la face inférieure, une échancrure, trace du méat urinaire, dont les deux lèvres se continuent avec une bride cutanée, toujours très-courte, mesurant 15 millimètres chez un des enfants et 26 millimètres chez le sujet adulte, et qui vient se terminer de chaque côté d'une fente médiane, verticale, située au fond de l'écartement du scrotum et simulant un petit orifice vaginal. L'urèthre s'ouvre à ce niveau, c'est-à-dire vers la partie postérieure du scrotum et presque au périnée.

On voit donc qu'il s'agit, dans ce cas, de l'hypospadias périnéal le plus complet.

La verge ne peut être relevée vers l'abdomen, et il est facile de s'assurer que cela ne tient pas seulement à la présence de la bride qui unit la base du gland à l'ouverture anormale de l'urèthre, mais que l'incurvation de la verge en bas est due aussi à une rétraction des corps caverneux. Chez l'un de mes opérés, l'incurvation était telle que le gland se trouvait presque immédiatement fixé à l'ouverture anormale de l'urèthre.

Chez celui de mes malades qui a atteint l'âge de puberté, les érections, fréquentes et souvent douloureuses, par suite de la tension de la bride, loin de redresser la verge, ont pour effet de la plier en deux, le gland se portant vers le scrotum et le périnée, tandis que la partie saillante de l'organe correspond à peu près à la moitié de sa face dorsale. Il est inutile d'ajouter que, dans ces conditions, les tentatives de coït ont toujours été vaines et que les éjaculations, en dehors des pollutions nocturnes, sont provoquées par des excitations et des manœuvres anormales.

Chez les trois sujets, la miction s'opérait de la même façon ; l'urine était projetée avec force; mais, à cause de la disposition des parties, les malades étaient obligés de s'accroupir pour uriner.

Un vice de conformation aussi complexe a été considéré jusqu'à ce jour comme tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et je ne sache pas qu'il existe un seul cas d'hypospadias scrotal situé aussi loin dans la région périnéale qui ait été guéri par la chirurgie, au point de permettre la copulation, et d'assurer l'issue de l'urine et du

sperme à travers un canal nouvellement formé et s'ouvrant à l'extrémité de la verge.

Or je n'hésite pas à déclarer que ces résultats, regardés jusqu'à présent comme irréalisables, pourront être dorénavant obtenus par le chirurgien, et en avançant cette opinion avec confiance, je tiens à faire remarquer qu'il ne s'agit pas d'une opération plus ou moins hardie et brillante qui peut réussir une fois par hasard, mais qui a beaucoup plus de chance pour échouer. Ce qui, selon moi, caractérise tout particulièrement le mode opératoire que je vais avoir l'honneur de vous exposer, c'est précisément qu'il s'agit d'une méthode opératoire dont le principe est tellement rationnel, et les procédés tellement simples et faciles qu'on peut être assuré d'avance des résultats, pourvu qu'on y mette du temps et de la patience.

Si l'on veut bien se reporter à la description sommaire des faits d'hypospadias périnéo-scrotal que j'ai observés, on verra que le chirurgien doit remplir deux indications pour remédier à cette difformité :

1° Il faut d'abord délivrer la verge de ses attaches inférieures, faire disparaître son incurvation, de manière qu'elle puisse se relever vers l'abdomen et prendre, pendant l'érection, une direction qui permette le coït;

2° Il faut ensuite, la verge ayant acquis une longueur et une direction convenables, construire, de toutes pièces, un nouveau canal depuis l'ouverture anormale de l'urèthre jusqu'à l'extrémité du gland.

1° La première indication me paraît devoir être toujours facile à remplir. J'ai pu chez mes trois sujets obtenir le redressement complet de la verge.

Le procédé opératoire, extrêmement simple, consiste à inciser transversalement et au niveau de sa partie moyenne, la bride qui unit le gland au scrotum. En sectionnant couche par couche, on arrive jusqu'à l'enveloppe des corps caverneux que j'ai été obligé d'entamer ainsi que la cloison chez mes trois opérés. On s'arrête lorsque la verge, entièrement détachée, peut être relevée vers le pubis.

De cette incision transversale résulte, lorsqu'on maintient la verge relevée, une plaie de forme losangique qu'on réunira par quelques points de suture, afin de diminuer autant que possible l'étendue du tissu cicatriciel.

Je dois dire que, chez mes trois opérés, la réunion immédiate de cette plaie ne s'est faite que très-imparfaitement; malgré cela, le résultat a été très-satisfaisant, à la condition de surveiller attentivement la cicatrisation, afin qu'elle soit régulière et qu'il n'y ait pas

de rétraction consécutive; aussi pendant toute la durée de la cicatrisation, et même longtemps après qu'elle est achevée, doit-on exercer des tractions sur la verge en la fixant sur le ventre à l'aide de bandeettes agglutinatives.

J'ai pratiqué pour la première fois cette opération, le 6 octobre 1868, à la Charité, dans le service du professeur Gosselin que je remplaçais alors. Les deux opérations semblables que j'ai faites ultérieurement, avec l'assistance de mon collègue et ami le docteur Félix Terrier, ont également réussi, même chez un enfant, dont on peut voir le dessin et chez lequel la verge n'existait pas, pour ainsi dire, à sa face inférieure, le gland s'attachant au scrotum presque au niveau de l'ouverture anormale de l'urèthre.

Chez mon dernier opéré, jeune homme de vingt et un ans, la verge se développait vers l'abdomen pendant l'érection, et prenait une direction à peu près rectiligne, présentant tout au plus une légère incurvation en bas, au niveau du gland. D'ailleurs, deux mois après l'opération, le malade, pour qui le coït avait été absolument impossible, pouvait accomplir cet acte sans aucun subterfuge et dans des conditions qui eussent été normales si l'urèthre eût existé à la partie inférieure de la verge.

En résumé, le premier temps de l'acte opératoire destiné à remédier à l'hypospadias périnéo-scrotal me paraît devoir être constamment réalisable par le procédé très-simple que je viens d'indiquer et qui, d'ailleurs, n'a rien de nouveau, car il a été pratiqué et décrit par M. Bouisson, de Montpellier.

Il est inutile d'ajouter que, avant de songer à remplir la seconde indication, c'est-à-dire avant de songer à créer un nouveau canal, il est nécessaire d'attendre un temps suffisant pour être assuré qu'il ne surviendra aucune rétraction secondaire capable de ramener l'incurvation de la verge. En fixant ce temps à six ou huit mois, ainsi que je l'ai fait, je crois que l'on se mettra à l'abri d'un semblable accident.

2° La seconde indication, qui consiste à créer un urèthre nouveau à la face inférieure de la verge, est assurément la plus difficile à remplir, et je puis dire qu'on n'y a pas encore réussi, malgré les tentatives de M. Bouisson, et celle plus récente de M. Moutet, de Montpellier. L'insuccès constant de ces tentatives ne tient pas tant, selon nous, au procédé opératoire employé qu'au principe même qui a guidé les chirurgiens dans le but qu'ils poursuivaient.

Tous se sont proposé de créer d'un seul coup et tout d'une pièce le nouveau canal. Or, s'il est permis à la rigueur d'espérer qu'une semblable entreprise réussisse une fois par hasard, les conditions

d'insuccès sont ici tellement grandes que l'on peut presque prédire à l'avance le résultat. En effet, indépendamment des chances mauvaises qui sont communes à toutes les opérations autoplastiques pratiquées avec des lambeaux minces et très-étendus, il existe, dans le cas particulier, une cause presque fatale de désunion et de gangrène de ces mêmes lambeaux, je veux parler du contact de l'urine, si difficile à éviter, quel que soit le procédé que l'on adopte pour évacuer ce liquide.

Tant que l'on persistera dans cette idée de vouloir restaurer d'un coup la totalité de l'urèthre, je suis convaincu que l'on échouera presque constamment et que si l'on réussit une fois, ce sera par suite d'un hasard heureux, quel que soit d'ailleurs le procédé opératoire que l'on mette en usage.

Dans ma pensée, la seule manière d'augmenter les chances de succès et de rendre le résultat pour ainsi dire certain, c'est de procéder par temps successifs, et de créer d'abord le nouveau canal à la face inférieure de la verge, en laissant subsister l'ouverture anormale de l'urèthre, de manière à soustraire ce nouveau canal au contact de l'urine; puis, lorsque ce canal est bien formé, qu'il ne présente aucune tendance à la rétraction, que le sujet se trouve, en un mot, dans des conditions à peu près analogues à celles d'un individu atteint de fistule scrotale, de pratiquer l'abouchement des deux portions de l'urèthre par l'occlusion de la fistule.

Telle est la méthode que je préconise, et que j'ai commencé à mettre en pratique dès le mois de février 1869, avec l'aide de mon collègue Terrier, qui a bien voulu consigner le début de ces tentatives dans une édition du *Manuel de pathologie chirurgicale* de Jamain, parue en 1870. Malgré la date de ma première opération, conçue sur le plan que je viens de développer et qui n'avait encore été indiqué nulle part, je ne fais aucune difficulté de reconnaître que le professeur Thiersch, de Leipzig, a décrit une méthode opératoire en tout semblable à la mienne, dans un mémoire sur l'*Épispadias* paru dans les *Archiv. der Heilkunde,* 1869, p. 20.

Mais je m'empresse d'ajouter que cette méthode n'a jamais été appliquée ni même proposée pour l'hypospadias scrotal.

Réservant donc toute question de priorité, je me résume en disant: La méthode que je préconise consiste essentiellement en ceci, que le nouveau canal doit d'abord être créé en dehors de toute communication avec l'urèthre existant, et que c'est seulement lorsque ce nouveau canal est constitué dans des conditions tout à fait satisfaisantes que les deux portions de l'urèthre doivent être abouchées ensemble.

Jusqu'à présent j'ai eu seulement l'occasion d'appliquer cette méthode chez deux sujets : un enfant de quatre ans et demi et un adulte de vingt et un ans. Le troisième sujet, enfaut de quatre ans, a été abandonné après le redressement de la verge, par suite du refus des parents de continuer la cure.

Je vous demande la permission, sans entrer dans le détail fastidieux des observations, de vous exposer aussi brièvement que possible les procédés de la méthode anaplastique que je vous soumets aujourd'hui, et dont les différents temps sont à cette heure bien arrêtés dans mon esprit. Ces temps, qui sont au nombre de trois, ont pour but : 1° de restaurer le méat urinaire ; 2° de créer de toutes pièces un nouveau canal depuis le méat jusqu'à une petite distance de l'ouverture anormale de l'urèthre ; 3° de réunir eusemble les deux portions du canal.

Premier temps. — Restauration du méat. — Il m'a semblé que ce premier temps pouvait être exécuté concurremment avec la première opération destinée à redresser la verge. C'est ainsi du moins que j'ai procédé, chez mon dernier opéré de vingt et un ans. L'exécution de ce temps est extrêmement facile.

Après la section de la bride péno-scrotale et le redressement complet de la verge, on avive à leur partie inférieure les deux lèvres de l'échancrure qui représente le méat, et plaçant entre ces deux lèvres un bout de sonde, on réunit par-dessus les parties avivées à l'aide d'un ou deux points de suture entortillée. Si l'échancrure était trop peu profonde pour permettre la création d'un méat suffisant, une incision médiane ou deux petites incisions latérales pratiquées à la face inférieure du gland donneraient la facilité de placer un bout de sonde de volume convenable.

Cette petite opération, qui a pour but de placer l'ouverture du nouveau canal à l'extrémité du gland, c'est-à-dire dans une situation tout à fait normale, a été pratiquée chez le dernier de mes opérés, et vous pourrez constater que chez lui l'ouverture du méat ne laisse nullement soupçonner la disposition vicieuse qui existait antérieurement.

Deuxième temps. — Création d'un nouveau canal à la face inférieure de la verge, depuis le méat jusqu'à une petite distance de l'ouverture anormale de l'urèthre. Ce temps est assurément l'un des plus difficiles et des plus longs ; il peut exiger plusieurs opérations complémentaires.

Voici comment je conseille de le pratiquer: la verge étant maintenue relevée, on circonscrit, à sa face inférieure, à l'aide de deux incisions longitudinales, parallèles à la ligne médiane, et coupées à leurs extrémités par deux petites incisions transversales, on circonscrit deux lambeaux quadrilatères, étendus depuis le gland, jusqu'à un demi-centimètre de l'ouverture anormale de l'urèthre. Ces lambeaux présentent une largeur suffisante pour que, disséqués de dehors en dedans et relevés vers la ligne médiane, ils recouvrent complétement une sonde de volume convenable, préalablement introduite par le méat. On voit donc que la face cutanée de ces lambeaux, destinée à représenter la surface interne de l'urèthre, s'applique sur la sonde, tandis que leur face cruentée se trouve exposée à l'extérieur. On dissèque alors, à partir des incisions longitudinales, la peau de la verge, toujours extrêmement lâche chez les hypospades, on la détache suffisamment pour qu'elle puisse être attirée vers la ligne médiane, et qu'elle puisse, par conséquent, recouvrir complétement la surface cruentée des premiers lambeaux. Il ne reste plus qu'à réunir sur la ligne médiane les deux épaisseurs de peau traversées simultanément et même d'un côté à l'autre, soit à l'aide d'épingles, soit à l'aide de points de suture; enfin, pour que le méat se continue avec le nouveau canal, on prend soin de fixer le bord supérieur de chaque lambeau quadrilatère ainsi que celui du lambeau cutané qui le recouvre au bord inférieur du gland préalablement avivé.

Il va sans dire que si la suture de la ligne médiane paraissait tendue, on pratiquerait, comme je l'ai fait, un débridement sur la face dorsale de la verge.

Comme on le voit, le canal ainsi formé est constitué à l'intérieur et à l'extérieur par une surface tégumentaire, condition qui prévient son rétrécissement ultérieur. Il est, en outre, doué d'une épaisseur et d'une résistance suffisantes.

On peut à la rigueur espérer que cette opération réussisse complétement du premier coup; cependant, si l'on tient compte de la difficulté de maintenir la verge immobile dans une direction constante, et surtout de l'impossibilité, même chez les enfants, d'empêcher les érections qui tiraillent les sutures et déterminent des mouvements entre les surfaces affrontées, il est à craindre que la réunion manque dans un ou plusieurs points. Mais, avec du temps et de la patience, en réparant ultérieurement les brèches qui ont persisté, on parviendra toujours au résultat final, la création d'un canal étendu depuis le méat jusqu'à une petite distance de l'ouverture anormale de l'urèthre.

J'ai obtenu ce résultat chez les deux seuls malades que j'ai opérés,

je ne dirai pas sans difficultés. Il m'a fallu cependant plus de persévérance que d'adresse pour réparer successivement un certain nombre de brèches du nouveau canal.

Chez l'enfant de quatre ans et demi, les difficultés dépendaient de la petitesse de l'organe et du peu de prise qu'il offrait pour assurer son immobilisation; chez l'adulte de vingt et un ans, les érections ont été la principale cause du manque de réunion.

Quoi qu'il en soit, c'est après quatre opérations, dont les deux premières seules ont été véritablement importantes, que je suis parvenu à créer chez le petit enfant un canal complet. Il a fallu trois opérations successives pour obtenir le même résultat chez le jeune homme de vingt et un ans que je vais avoir l'honneur de vous présenter. Vous pourrez constater que, chez lui, il existe à cette heure un canal de près de 9 centimètres commençant par un méat véritablement parfait et se terminant à 1 centimètre de l'ouverture anormale de l'urèthre. La solution de continuité entre les deux portions du canal est assez petite pour que le malade, en urinant, sans relever la verge, la plus grande partie du liquide s'engage dans le nouveau canal, et sortant par l'ouverture du gland, vienne frapper la paroi opposée du vase. Toutes ces opérations ont été faites avec le concours de MM. Terrier et Klein, et, pour quelques-unes, avec l'aide de MM. Lebail et Duret, internes des hôpitaux.

Chez l'enfant de quatre ans et demi, les opérations destinées à la formation du nouveau canal ont été commencées le 19 janvier 1869, et ce canal était définitivement constitué le 13 août de la même année.

Chez le jeune homme de vingt et un ans, que vous pourrez examiner tout à l'heure, la même série d'opérations, commencée le 21 mai 1873 a été terminée au commencement du mois de décembre de la même année. Il va sans dire qu'entre chaque opération je laissais un long espace de temps, et que les opérés restaient chaque fois au lit à peine dix jours.

Troisième et dernier temps. Abouchement des deux portions de l'urèthre. — Lorsqu'on s'est bien assuré que le nouveau canal ne présente aucune tendance à la rétraction, qu'il est, en un mot, dans des conditions tout à fait satisfaisantes, il reste à réunir les deux portions de l'urèthre. Je n'ai pu encore obtenir ce dernier résultat, et j'aurais attendu jusque-là pour vous en faire part, si la lecture de M. Anger ne m'avait obligé à devancer l'époque de ma communication.

Je dois dire que j'ai déjà tenté, chez mon plus jeune opéré, de pratiquer l'abouchement des deux portions de l'urèthre, en avivant largement le pourtour de la fistule scrotale et en réunissant les surfaces avivées à l'aide de la suture, après avoir placé dans la vessie une sonde à demeure.

Cette opération, répétée deux fois à assez long intervalle, a complétement échoué, toujours pour le même motif, savoir le contact de l'urine.

En effet, grâce à l'indocilité de l'enfant, qui ne savait maîtriser ses besoins d'uriner, et poussait de toutes ses forces dès qu'il sentait un peu de ténesme vésical, l'urine glissait entre la sonde et le canal, et ne tardait pas à désunir les surfaces affrontées.

Ces deux échecs, dont il est impossible actuellement d'éloigner la cause, m'ont absolument convaincu de la nécessité de remettre cette dernière opération à une époque ultérieure, alors que le sujet, parvenu à l'âge de raison, comprendra le but et l'utilité de son concours, saura commander ses besoins et permettra à la rigueur que l'on pratique le cathétérisme aussi souvent qu'on le jugera opportun, si l'emploi de la sonde à demeure ne paraît pas devoir être conseillé.

Mon second opéré se trouve précisément dans ces conditions, et je me propose de pratiquer prochainement, chez lui, la réunion des deux parties du canal. Mais j'ai tenu auparavant à vous le présenter afin que vous puissiez juger de l'état des choses et surtout vous assurer, d'après la situation de l'ouverture anormale de l'urèthre, qu'il s'agit ici de l'hypospadias *périnéo-scrotal* le plus complet, et non d'un hypospadias *péno-scrotal*, ouvert à la racine de la verge.

Permettez-moi, messieurs, une dernière remarque qui résulte pour moi de l'expérience des deux faits que j'ai observés, et qui complète pour ainsi dire l'exposé de la méthode thérapeutique de l'hypospadias périnéo-scrotal.

Dans mon opinion, je crois que toutes les fois que la chose sera possible, il sera préférable de pratiquer dans le jeune âge les deux premières séries d'opérations, savoir : le redressement de la verge et la création du nouvel urèthre. A cet âge, en effet, ces opérations, peut-être un peu plus délicates, sont, en revanche, moins laborieuses et moins pénibles; de plus, la verge rendue à sa direction normale subira un développement plus complet.

Je tiens à ce sujet à prévenir une objection qui, tout d'abord, m'avait frappé. On pourrait craindre peut-être que le nouveau canal ne suivit pas la verge dans son développement.

L'expérience a montré qu'il n'en est rien.

Chez l'enfant que j'ai opéré en 1869, la partie nouvellement créée de l'urèthre qui, à cette époque, mesurait environ 2 centimètres et demi, présente aujourd'hui une longueur de près de 4 centimètres, et l'épaisseur de la paroi a plutôt augmenté; en un mot, le nouvel urèthre a suivi un développement parallèle à celui de la verge.

Si donc je conseille formellement de créer le nouveau canal dans l'enfance, vers cinq à six ans, par exemple, je suis, au contraire, disposé à proscrire toute tentative d'abouchement des deux portions de l'urèthre avant l'âge de raison, ou du moins avant le moment où l'on pourra compter sur le concours intelligent de l'opéré.

M. LE PRÉSIDENT, après cette lecture, déclare que la discussion relative au travail de M. Duplay sera ajournée après le rapport de M. Guyon sur le mémoire de M. Th. Anger.

COMMUNICATION

Vice de conformation des yeux. — M. POLAILLON fait la communication suivante avec présentation de pièces. Pendant l'été dernier, il est né à la maternité de Cochin un enfant monstrueux, du sexe féminin, qui présente un énorme encéphalocèle, un bec de lièvre double compliqué d'une division complète de la voûte palatine, des syndactylies aux mains et aux pieds, et un vice de conformation des yeux.

L'encéphalocèle s'est rompu pendant le travail de l'accouchement, et la mort du nouveau-né a été le résultat de cette rupture.

Sans m'arrêter sur les monstruosités multiples, mais connues, que présente cet enfant, je désire appeler l'attention de la société sur le vice de conformation des yeux qui n'est signalé nulle part par les auteurs.

Ce vice de conformation consiste dans la présence d'une bride cutanée qui, du centre de chacune des cornées, se porte obliquement en bas et en dedans pour se souder à la peau qui avoisine la commissure interne des paupières. La bride droite a la forme d'une petite colonne d'environ 3 millimètres de diamètre et de 8 à 10 millimètres de longueur. Un stylet passe facilement au-dessous d'elle. La bride gauche, qui a le même volume que la précédente, adhère au globe de l'œil, et à la peau par son bord postérieur; de sorte qu'un stylet ne peut être introduit au-dessous d'elle.

L'implantation de ces brides sur la cornée et sur la peau se fait directement et par une fusion intime des tissus. Au voisinage de leurs

extrémités adhérentes, les brides présentent un diamètre plus considérable qu'à leur partie moyenne qui paraît amincie par une sorte de traction.

Les paupières sont bien conformées. En se fermant, leurs bords ciliaires sont séparés en dedans par l'extrémité oculaire des brides.

Pour expliquer ce vice si singulier dans la conformation des yeux, j'ai besoin de rappeler en peu de mots quel est le mode de formation de ces organes.

Dans les premiers temps de la vie embryonnaire, on voit naître, de chaque côté de l'encéphale rudimentaire, deux vésicules creuses qui formeront plus tard la rétine, la choroïde et le nerf optique.

Ces vésicules oculaires sont d'abord au-dessous du feuillet blastodermique externe, aux dépens duquel va se développer tout l'appareil dioptrique de l'œil.

A la fin du premier mois on voit, à la place que doit occuper l'œil, une élévation ovale. Quelques jours plus tard, cette élévation est plus saillante et a pris une couleur foncée. Elle est limitée par un anneau bleuâtre, interrompu eu bas et en dedans par un espace blanc. qu'Ammon a très-bien étudié sur les embryons d'oiseaux, et qu'il appelle la *fente fœtale du globe de l'œil.*

Cette fente paraît être formée par la dépression, à ce niveau, de la peau qui s'enfonce en cul-de-sac au-devant de la vésicule oculaire pour donner naissance au cristallin. La peau, dépendance du feuillet blastodermique séreux, forme donc à cette époque du développement un *repli* (d'autres disent un *canal*) qui, pénétrant dans le globe de l'œil, laisse à sa surface une trace blanchâtre ayant la forme d'une fente.

Le cristallin et sa capsule se développent aux dépens de cette portion de peau réfléchie dans l'intérieur du globe de l'œil, tandis que la cornée et la sclérotique se forment aux dépens de la peau voisine non réfléchie.

La face postérieure de la cornée est d'abord immédiatement appliquée sur le cristallin, et lui adhère vers son centre par l'intermédiaire du repli cutané. Mais, à mesure que l'humeur aqueuse s'accumule entre ces deux organes, ces adhérences sont étendues, puis rompues.

Les paupières se forment ultérieurement autour du globe de l'œil et viennent le recouvrir.

La trace de la fente oculaire sur la face antérieure de la cornée disparaît de très-bonne heure ; ce qui semble le prouver, c'est qu'on ne rencontre que très-rarement la cornée partiellement opaque, lors-

qu'on l'examine à partir du moment où elle devient transparente, c'est-à-dire vers la fin du troisième mois. Parmi les opacités congénitales que les auteurs signalent, quelques-unes sont dues à la présence sur la cornée d'un lambeau de peau, contenant quelquefois des poils; ces espèces d'opacités doivent sans doute être rattachées à la persistance de la fente blastodermique de l'œil.

L'anomalie des yeux sur l'enfant que je présente à la société est, dans mon opinion, formée par la *persistance d'un état transitoire dans le mode de formation du globe de l'œil.* Je pense que la fente oculaire, ou plutôt le repli cutané qui est destiné à former le cristallin, au lieu de disparaître comme à l'état normal, a persisté chez un fœtus qui porte d'ailleurs d'autres monstruosités. C'est donc la persistance et l'hypertrophie de ce repli cutané qui expliquent la présence des deux brides de peau qui relient les cornées à la partie supérieure et interne du téguement voisin du grand angle de l'œil.

La mère ne présentait aucune difformité. Je n'ai pu avoir aucun renseignement sur l'état de conformation du père.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC demande à M. Polaillon si les recherches faites par lui ne lui ont pas permis d'établir une relation entre l'objet de sa présentation et les kystes sourciliers.

M. POLAILLON. Ces kystes me semblent d'origine absolument différente. Ce sont des espaces compris au moment où les deux premiers arcs branchiaux se réunissent pour former l'orbite. Il peut s'établir là un cul-de-sac qui, se fermant par son orifice externe, constitue l'origine même du kyste en question.

M. DESPRÈS. Le vice de conformation présenté par M. Polaillon permet d'expliquer les dermoïdes de la conjonctive et de la cornée.

M. DEPAUL. M. Polaillon peut-il également nous donner l'explication des autres brides signalées sur le sujet qu'il nous présente, notamment de celles qui s'étendent du sourcil à la partie latérale de sa tête ?

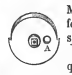
M. POLAILLON répond qu'il lui est difficile, sinon impossible, de fournir à ce sujet une explication satisfaisante.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pompe aspiratrice à double effet. — M. COUDEREAU présente à la société une pompe à double effet, pouvant servir d'aspirateur, construite sur ses indications par M. Capron.

Cet appareil n'a ni robinets ni soupapes. Le maniement en est infiniment plus simple et plus rapide que celui de tous les appareils destinés jusqu'ici aux mêmes usages.

Le mécanisme consiste en deux rondelles métalliques tournant à frottement exact autour d'un axe commun. La rondelle interne, fixée au corps de pompe, est percée d'une ouverture unique. La rondelle externe en a deux qu'on peut mettre alternativement en rapport avec la précédente en imprimant des mouvements de rotation au corps de pompe jusqu'aux crans d'arrêt.



Le corps de pompe est construit comme celui de l'appareil de M. Dieulafoy, avec la simple modification qui suit : la rainure horizontale, située au bas de la tige, et qui sert à fixer le piston quand on a fait le vide préalable, est moins profonde que la rainure verticale, et la vis peut être serrée de façon à ne pas pénétrer dans la rainure horizontale et à empêcher l'arrêt du piston, quand on veut faire fonctionner l'appareil comme pompe aspirante et foulante.

Quand on veut faire le vide : 1° on tire le petit verrou placé à la partie inférieure du corps de pompe qu'on tourne à droite jusqu'à l'arrêt ; l'appareil est fermé ; 2° on desserre la vis pour lui permettre de pénétrer dans la rainure horizontale ; 3° on fait l'aspiration, et quand le piston est en haut de sa course, on le fixe en imprimant un mouvement de rotation à droite. Le vide préalable est fait dans l'appareil.

Pour faire l'aspiration, on tourne le corps de pompe à gauche jusqu'à la rencontre de la tubulure interne avec la première tubulure de la rondelle externe.

Pour faire fonctionner comme pompe aspirante et foulante, on pousse le petit verrou pour obtenir l'arrêt sur les deux ouvertures de la rondelle externe. On saisit d'une main cette rondelle, qui devient la partie fixe de l'appareil, et, de l'autre, la tige du piston à l'aide de laquelle on imprime des mouvements au corps de pompe.

L'une des deux tubulures est mise en rapport avec le liquide à aspirer, et l'on tire directement à soi le piston. On imprime un mou-

vement de rotation et l'on pousse pour chasser le liquide par la seconde tubulure. On ramène alors le piston dans la première position pour aspirer de nouveau, et ainsi de suite, en ayant soin de n'imprimer les mouvements de rotation que quand le piston est en haut ou en bas de sa course.

Si, après avoir vidé une cavité, l'estomac ou la plèvre, par exemple, on veut en opérer le lavage ou y injecter un liquide médicamenteux, sans déplacer l'appareil, on met la deuxième tubulure en rapport avec le liquide, qu'on aspire en répétant la même manœuvre que tout à l'heure, mais en sens inverse.

Cet appareil pourra être utilisé toutes les fois qu'il s'agira de vider une cavité naturelle ou morbide, et d'injecter un liquide dans ces mêmes cavités ou dans les vaisseaux, notamment dans les cas de transfusion du sang.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. SPIELMANN présente à la société une pièce anatomo-pathologique consistant en une luxation double de l'extrémité supérieure du radius en arrière, probablement congénitale. Cette pièce, qui présente cela de particulier que la lésion existe à droite et à gauche dans des conditions presque identiques, ne peut être appuyée d'aucune observation relative aux antécédents, puisqu'elle a été recueillie à l'amphithéâtre sur un sujet inconnu.

M. TRÉLAT. J'ai déjà eu occasion de présenter une pièce analogue, mais d'un seul côté. On a affaire ici à un arrêt de développement, ou, pour mieux dire, à une atrophie, ultérieure à la naissance, de l'épiphyse du radius.

M. DESPRÈS. Je ferai remarquer qu'une des deux articulations présente les lésions de l'arthrite sèche.

M. CHASSAIGNAC. Je crois qu'il s'agit ici d'une malformation dans laquelle le radius s'est incrusté par sa partie supérieure entre le condyle de l'humérus et le cubitus. L'olécrâne est dans la cavité, et ce qu'il y a remarquable, c'est l'enclavement de la tête radiale entre les deux os précités.

M. SPIELMANN. Je ne puis accepter l'existence de l'arthrite sèche. Les lésions qui peuvent figurer cette lésion sont consécutives à l'autopsie, car les surfaces articulaires étaient nettes de toute altération lorsque la pièce a été préparée.

M. DESPRÈS. Je ne voudrais pas que la société fût unanime au sujet de la nature congénitale de cette double luxation ; car les lésions

d'arthrite sèche que je signalais peuvent être survenues à la suite d'arthrite ou de rhumatismes postérieurement à l'époque de la naissance, à deux ou trois ans, par exemple.

M. LANNELONGUE présente, au nom de M. Camuset, un nouvel instrument pour porter au col de l'utérus les matières médicamenteuses.

Ce petit appareil, construit chez M. Collin, se compose, comme on le voit sur la figure ci-contre, d'un long tube AB en cuivre nickelé muni d'ajutages de formes diverses, C, D, E, selon que l'on veut agir à l'intérieur ou à l'extérieur du col.

Ce tube se visse sur un petit récipient d'étain G, semblable à ceux où les peintres renferment les couleurs à l'huile. Une simple pression des doigts sur la base du récipient force la pommade qu'on y met à sortir par les ajutages, et permet d'en déposer la quantité voulue sur les points où l'application en est jugée nécessaire.

Toutes les préparations à consistance pâteuse, pommades, glycérolés, à l'exception pourtant de l'onguent mercuriel, qui attaque l'étain, peuvent être appliquées de cette façon.

Cet appareil rend inutiles les nombreux plumasseaux montés dont on a fait usage dans les hôpitaux gynécologiques. Deux ou trois suffisent à un service considérable.

Les préparations pharmaceutiques ne s'altèrent pas dans ces récipients, qui les conservent à l'abri du contact de l'air.

Le nettoyage est facile ; il suffit de plonger un instant dans l'eau bouillante le grand tube et ses embouts.

D'ailleurs, ces tubes d'étain ont déjà reçu des applications analogues, l'une de la part de M. Jacquet de May, pharmacien à Paris, pour la pommade ophthalmique de Crémer ; l'autre du docteur Paillasson, de Lyon, pour des injections pâteuses antiblennorrhagiques.

Nous pensons que ce nouvel instrument pourra être employé avec quelque avantage dans le traitement de certaines affections utérines.

ÉLECTIONS

Election d'une commission pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire. — 22 membres votants. Majorité, 12.

M. Marjolin ayant obtenu 19 voix, MM. Chassaignac et Polaillon chacun 17, sont nommés membres de la commission.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1874.

Présidence de M. PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondauce comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *La France médicale.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Progrès médical.* — *La Tribune médicale.* — *Les Archives générales de médecine.* — *Le Bulletin général de thérapeutique.* — *Le Recueil d'opthalmologie,* de M. Xavier Galezowki, nos d'octobre 1873 et de janvier 1874. — *La Gazette de Joulin.* — *Le Bordeaux médical.* — *La Revue médicale de Toulouse.* — *Le Marseille médical.* — *Le Lyon médical.*

M. DEPAUL offre le premier numéro des *Archives de tocologie*, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés. Ce recueil mensuel est publié sous la direction du professeur Depaul.

M. LARREY offre, de la part de M. Huguier, un travail posthume d'Huguier, intitulé : *Considérations anatomiques et physiologiques pour servir à la chirurgie du pouce.* Un livre de M. Bérenger

Féraud, membre correspondant intitulé : *De la fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds.*

M. VERNEUIL offre la thèse inaugurale de M. Paul Denucé, intitulée : *Des fistules ossifluentes de la région anale.*

M. PANAS offre la thèse inaugurale de M. Léon Brière intitulée : *Du sarcome de la choroïde.*

M. Costanzo Mazzoni offre un ouvrage imprimé en italien intitulé : *Cinq mois de clinique chirurgicale à l'université de Rome.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société que M. Delore, membre correspondant assiste à la séance.

LECTURES

M. le docteur Vidal, médecin des hôpitaux, lit une note intitulée : *Fracture de la rotule et du condyle externe du fémur par coup de feu traversant l'articulation. Sortie de la balle dans la région poplitée en dehors de la ligne médiane. Résection du genou. Suture osseuse. Guérison.*

L'examen de ce travail est confié à une commission composée de MM. Tillaux, Panas, Desprez, rapporteur.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fracture de cuisse guérie à l'aide d'un appareil spécial en gutta-percha. — M. GUÉNIOT. La société se souvient peut-être qu'en janvier 1872, j'ai eu l'honneur de lui présenter un enfant de cinq semaines, récemment guéri d'une fracture de cuisse à l'aide d'un appareil nouveau formé d'uue double gouttière en gutta-percha. Je fis alors ressortir les avantages de cet appareil, sous le triple rapport de sa simplicité, de son mode d'action de la facilité qu'il donne pour l'administration des soins de propreté. La fracture, quoique siégeant près de l'extrémité supérieure du fémur, s'était consolidée sans difformité, ni raccourcissement. J'ai d'ailleurs exposé autre part les particularités propres à la thérapeutique de ces fractures dans la première enfance (1).

Aujourd'hui, je désire revenir brièvement sur l'utilité de cet appareil à l'occasion d'un nouveau cas qui s'est offert à mon observation.

(1) Guéniot. *Du traitement des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés.* (*Bull. gén. de thérapeut.*, numéro du 30 janvier 1872.)

Le 30 novembre dernier, on apporta dans mon service une petite fille de onze mois qui avait la cuisse droite fracturée. Celle-ci était raccourcie, comme ramassée sur elle-même; elle offrait une grande tuméfaction, de la chaleur et une rougeur superficielle, qui dénotaient un certain degré de phlegmasie. La fracture bien constatée, je m'abstins d'en rechercher avec rigueur le siége précis; elle me parut intéresser le milieu ou le tiers inférieur du fémur.

L'enfant se présentait dans un état misérable : maigreur extrême, peau terne, ridée, orbites creux, tête disproportionnément volumineuse; en un mot, aspect cachectique prononcé, indiquant que la nutrition avait profondément souffert.

Avec une plaque de gutta-percha ramollie dans l'eau chaude, je modelai, sur les parties mêmes de l'enfant, l'appareil que vous voyez ici et qui se compose de deux gouttières, l'une ventrale et l'autre crurale, réunies angulairement au niveau du pli de l'aine. Cet appareil resta en place jusqu'au 26 décembre, c'est-à-dire pendant vingt-cinq jours, au bout desquels la guérison me parut être complète. Le cal, en effet, était solide et non exubérant; la cuisse avait recouvré sa longueur et sa direction normales; elle conservait seulement un faible excès de volume, ce qui était dû à la présence du cal. Malgré l'application prolongée de l'appareil, la peau était restée saine, sans excoriation, ni rougeur. Dès le cinquième jour du traitement, les symptômes phlegmasiques constatés au moment de l'entrée avaient entièrement disparu.

Quant à l'état général, sans s'être notablement modifié, il paraissait plutôt amélioré qu'aggravé. Cependant, trois jours à peine après la guérison de la fracture, les forces déclinèrent, et la cachexie se prononça de plus en plus sans que je pusse en découvrir la cause. Enfin, le 3 janvier dernier, l'enfant succomba dans l'affaissement, aux progrés de sa débilité.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion viscérale qui permît d'expliquer la mort. Celle-ci semble donc avoir été le résultat d'une *misère physiologique* profonde et ancienne. Quant au fémur fracturé, voici comment il se présente. Il a conservé sa direction normale; sa longueur est moindre de 8 millimètres que celle du fémur gauche. La moitié inférieure de l'os est le siége d'un renflement régulier et fusiforme, qui augmente d'un tiers environ le diamètre de la diaphyse. Ce renflement est produit par les dépôts osseux du cal. Sur une section longitudinale, on reconnaît que ce dernier forme une sorte de gaîne solide, qui enveloppe comme un étui les fragments de la fracture. Celle-ci siége sur le tiers inférieur de l'os, à 12 millimètres

seulement au-dessus des condyles, par conséquent plus bas que je ne l'avais supposé. Le fragment inférieur a légèrement basculé en arrière et forme, avec le supérieur, un angle très-faible ouvert en avant. Enfin la solidité de l'ôs est bien rétablie, quoique les bouts fracturés ne soient pas encore soudés *directement* l'un à l'autre.

Ainsi, malgré l'état profondément cachectique de la petite malade et les complications phlegmasiques dont la fracture était menacée, la consolidation a pu être obtenue avec facilité à l'aide de la double gouttière en gutta-percha. Les seules précautions spéciales que j'aie dû prendre, en raison de l'âge du sujet et surtout du siége de la fracture sur la moitié inférieure de l'os, ont consisté, d'une part, dans l'allongement de la gouttière crurale et, d'autre part, dans la fixation de celle-ci à la cuisse, au moyen d'une bandelette de sparadrap. L'appareil dont je parle me semble donc susceptible de rendre d'utiles services, même quand il s'agit d'enfants du second âge. En prenant son point d'appui sur l'abdomen, il assure au fémur fracturé une contention suffisante, tout en permettant d'administrer avec facilité les soins les plus complets de propreté. A ce double titre, j'ai cru devoir appeler de nouveau votre attention sur son emploi.

Avant de terminer, permettez-moi encore une remarque. J'ai dit que le membre fracturé avait été guéri sans raccourcissement notable. C'est déjà ce que j'avais observé chez le petit malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter il y a deux ans. Dans ce dernier cas, on eût même dit que le membre lésé, loin d'avoir perdu de sa longueur, était plutôt le siége d'un léger allongement. Et cependant vous voyez par la comparaison des deux fémurs de mon second malade que l'os fracturé s'est consolidé avec un raccourcissement réel d'environ 8 millimètres. D'où vient cette contradiction des faits? Celle-ci assurément n'est qu'apparente. Si l'on songe, en effet, qu'un membre fracturé, après sa sortie de l'appareil, conserve pendant quelque temps une certaine sensibilité, peut-être un léger degré de roideur articulaire et, en tout cas, une susceptibilité plus ou moins grande, on comprendra comment, lorsqu'on l'étend de force pour le comparer à son congénère, l'enfant, inclinant instinctivement son bassin du côté correspondant, détermine ainsi un rétablissement artificiel et passager de la longueur du membre. D'après cette explication, que je crois plausible, on voit que pour apprécier le degré vrai de raccourcissement du fémur, il est nécessaire de considérer celui-ci, non-seulement après l'enlèvement de l'appareil, mais surtout plusieurs semaines ou même quelques mois après la guérison de la fracture.

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. La difficulté de coutention des fractures de cuisses chez les enfants est, comme le dit M. Guéniot, des plus grandes. J'ai eu occasion d'observer avec MM. Jacquemier et Labbé un enfant de quatre-vingt-dix-neuf jours dont la fracture n'était nullement contenue par les appareils ordinaires. J'ai conseillé l'appareil de Bonnet convenablement matelassé, et cet appareil a donné un résultat d'autant meilleur qu'il permettait à la nourrice de porter l'enfant sans difficulté, ni déplacement possible. J'avais perdu de vue cet enfant durant quelques années, lorsque j'ai eu occasion de le revoir il y a peu de temps. Il marchait sans boiter, et la cuisse ne présentait aucune difformité. Aussi est-ce à l'appareil de Bonnet que je donnerais la préférence dans l'espèce.

M. LE FORT. Je demanderai à M. Guéniot, si l'appareil qu'il nous présente a été appliqué tel quel? Si cela est, je trouve la gouttière crurale trop courte, et je suis convaincu que la fracture qui siége au tiers inférieur eût été mieux maintenue par une attelle antérieure. Quant au résultat, il ne me semble pas mauvais, bien que l'on puisse constater au niveau du cal un ramollissement que M. Guéniot attribue à l'effet d'une macération prolongée. En principe, je donnerais aux appareils en gutta-percha une supériorité marquée sur l'appareil de Bonnet, en ce qui touche les fractures de cuisse chez les enfants.

M. DELORE. J'ai pu observer un certain nombre de fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés, notamment à la suite de l'accouchement lorsqu'il y avait présentation du siége. Je considère, dans ces cas, comme des difficultés très-grandes apportées au maintien de l'appareil : d'une part, les souillures constantes dues à l'urine et aux matières fécales ; d'autre part, la tendance continuelle du fragment supérieur à la flexion sur le bassin. Aussi ai-je pour habitude de placer la cuisse fléchie à angle droit sur le tronc et de la maintenir ainsi à l'aide d'un bandage spécial embrassant tout le membre inférieur et le bassin. Je garnis cet appareil de bandelettes de diachylon au niveau des orifices naturels, et je crois que la propreté que l'on obtient ainsi rend ce système préférable à l'appareil Bonnet.

M. DUBRUEIL. La communication de M. Delore rend la mienne presque inutile. Je tiens pourtant à ajouter que j'ai pu guérir en vingt-cinq jours une fracture de cuisse que j'ai immobilisée à l'aide d'un bandage silicaté dans la flexion à angle droit sur le bassin.

M. SÉE Je reprocherais volontiers à l'appareil de M. Guéniot de

permettre, faute de longueur de la gouttière crurale, la rotation en dehors du fragment inférieur.

Le résultat presque satisfaisant qu'a obtenu M. Guéniot ne prouverait pas, en effet, que son appareil fût irréprochable ; car on sait que, chez les enfants, il suffit de diriger la consolidatiou, et qu'il n'y a point de déplacement à redouter.

M. TILLAUX. Je tiens à faire observer que, chez l'enfant, le périoste est beaucoup plus épais et bien moins adhérent que chez l'adulte. Aussi n'hésité-je pas à déclarer que, dans le résultat de M. Guéniot, le périoste a joué un rôle aussi important que l'appareil.

M. GUÉNIOT. Je conviens que la gouttière crurale que j'ai employée était trop courte, et je l'aurais certes faite plus longue si je n'avais point cru à l'existence d'une fracture située beaucoup plus haut. Si la gouttière crurale était, en effet, destinée à empêcher la rotation en dehors, il faudrait lui donner des dimensions beaucoup plus considérables ; mais elle a surtout pour but de déprimer le fragment supérieur et d'obvier à sa tendance perpétuelle à la flexiou sur le bassin. J'ajouterai que, dans le cas présent, tous les appareils auraient réussi. Aussi me bornerais-je à faire constater l'extrême simplicité de celui que j'ai employé.

M. DEPAUL. Je n'ai pas entendu le commencement de la communication de M. Guéniot, et je pensais qu'il s'agissait des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés, fractures fréquentes, aiusi qu'on le sait, à la suite des manœuvres parfois trop brusques pratiquées pour l'extraction de l'enfant dans la présentation de l'épaule. J'ai vu, pour ma part, au moins quatre fractures de cuisse dans ces couditions, et je les ai toutes vues guérir à l'aide d'un appareil des plus simples, consistant en une série d'attelles de carton présentant une résistance demi-molle, se moulant sur le membre et l'enveloppant tout en laissant quelques intervalles entre elles, le tout maintenu dans une bonne direction à l'aide d'une bande entourant tout le membre inférieur et le bassin. Cette simplicité de contention suffit amplement à cause de l'épaisseur du périoste, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans quelques autopsies.

Dans les cas de guérison que j'ai observés, la claudication n'était pas appréciable. Et quant a ce qui a trait au maintien de la propreté de l'appareil, j'ajouterai qu'il est facile de constituer, à l'aide du taffetas gommé, une sorte de rempart de gouttière protectrice autour des parties génitales et de l'anus, gouttière qui empêche les matières et l'urine de souiller l'appareil.

M. GUÉNIOT. Je n'ai adopté l'appareil en gutta-percha qu'après avoir

épuisé tous les autres moyens; et je suis convaincu que, dans un cas bien net de fracture sous-trochantérienne, l'appareil décrit par M. De-Paul serait absolument insuffisant.

LECTURE

M. KRISHABER lit un mémoire intitule : **Observation de polype de la trachée.**

Le mémoire de M. Krishaber est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Chassaignac, Marjolin et de Saint-Germain, rapporteur.

COMMUNICATION

De l'uréthroplastie par la suture à étages. — Ce travail a pour but de proposer un nouveau procédé pour la cure des fistules urinaires situées sur le pénis. Le succès dans cette région est difficile à obtenir à cause de la position superficielle du canal et de la brièveté du trajet fistuleux qui en est la conséquence ; aussi les procédés opératoires sont nombreux, et les chirurgiens ont cherché par une foule de moyens ingénieux à triompher des difficultés inhérentes à l'uréthroplastie pénienne.

Les auteurs des procédés divers me paraissent avoir cherché à remplir deux indications principales :

La première, c'est l'adossement de grandes surfaces.

La seconde est l'absence de l'urine en contact de la suture.

Je vais jeter un coup d'œil sur les procédés principaux de cette double catégorie.

1° Adossement de grandes surfaces avivées. — Cette idée remonte à Dieffenbach, qui l'exécuta incomplétement ; il disséquait de grands lambeaux, les mobilisait autant que possible, et les affrontait par la suture entortillée.

Bech, en 1841, appliqua deux lambeaux superposés disposés de telle sorte que le profond regardait le canal, et il était appliqué par sa face saignante contre le lambeau superficiel. J'ai employé avec succès ce procédé dans un cas d'hypospadias.

Legros Clarli, en 1845, affronta les surfaces au moyen de deux plaques de cuir appliquées sur la face cutanée de ses lambeaux et pourvues de quelques points de suture.

Reybard eut l'idée de presser les deux lambeaux entre deux plaques

métalliques hérissées de pointes et analogues aux peignes des cardeurs de laine. Son opération, à laquelle j'assistais, ne fut pas suivie de succès.

Mais ce fut surtout à l'époque où Marion Sims et Bozeman apportèrent en France leur procédés opératoires de la fistule vésico-vaginale que l'adossement de grandes surfaces avivées s'impose à l'esprit des chirurgiens comme condition essentielle de succès, et le procédé que je décrirai dans un instant n'est qu'une modification opératoire de cette idée mère qui nous vint d'Amérique.

Je ne veux pas dire qu'avant cette époque, on n'eût pas donné le précepte de tailler de grands lambeaux autoplastiques. A. Cooper (*Œuvres chirurgicales*, 1823) avait proposé de chercher un lambeau sur les parties voisines du pénis, du scrotum, de l'anus, ou même de la partie interne des cuisses, mais il n'apportait qu'un lambeau unique pour recouvrir une surface avivée.

2° L'absence de l'urine, au contact de la suture, est la seconde indication importante; on a cherché à la remplir par plusieurs procédés dont voici les principaux :

En 1834, Alliot imagina la suture en tiroir qu'il obtenait au moyen d'un lambeau quadrilatéral qu'il faisait glisser et fixait à une certaine distance.

Gaillard, de Poitiers, exagère ce procédé en enlevant tout le segment du fourreau situé au niveau de la fistule.

Arlaud, de Rochefort (Société de chirurgie, 1857) taille deux lambeaux, avive une partie de la face externe du lambeau postérieur et la suture à la face profonde de l'extérieur.

La boutonnière périnéale est encore destinée à atteindre le même but, et c'est le moyen le plus radical. Imaginée par Dieffenbach, Vignerie, Ségalas, elle fut employée pour la première fois par Ricord, et ne paraît pas avoir donné des résultats satisfaisants. Dans une des observations que je cite à la fin de ce mémoire, on verra quels peuvent en être les inconvénients.

Enfin il est un dernier moyen auquel, malgré de justes reproches, on a constamment recours; je veux parler de la sonde à demeure.

Après l'exposé de ces derniers procédés, je vais faire quelques considérations critiques.

Et, d'abord, est-il vraiment utile pour le succès d'une uréthroplastie que la suture soit loin de l'orifice? Je ne le crois en aucune façon, et je pense que tous les procédés imaginés dans ce but reposent sur une fausse appréciation des faits.

Si les fistules ont guéri, c'est parce qu'on leur a adossé de grandes

surfaces avivées, et non point par l'absence de l'urine ; l'expérience le démontre. En effet, après une opération, si l'urine s'infiltre, elle imbibe toute la verge, et mouille aussi bien les lambeaux à distance que ceux placés en face de la fistule. L'important est donc d'avoir de grandes surfaces et de les maintenir exactement appliquées.

Il est incontestable, et tout le monde est d'accord à ce sujet, que la présence d'une sonde à demeure est le moyen le plus rationnel, le plus simple, et par conséquent le meilleur d'empêcher l'infiltration urinaire. Mais il faut pour cela deux choses : la première, que la sonde soit bien tolérée; la seconde, qu'elle fonctionne bien.

Pour qu'une sonde soit bien tolérée, il est de toute nécessité d'y habituer le patient quelque temps avant l'opération ; on peut réussir sans cette précaution, mais ne pas l'employer me semble une imprudence.

En second lieu, il faut que la sonde fonctionne bien, qu'elle ne s'oblitère pas à chaque instant, et que l'urine ne soit pas forcée de se frayer un chemin entre elle et les parois uréthrales, car alors elle est plus nuisible qu'utile et présente des inconvénients qui l'ont fait rejeter par plusieurs chirurgiens.

D'autre part, sortir une sonde et l'introduire de nouveau suivant les besoins de la miction, présente des difficultés parfois sérieuses; la route est souvent difficile à retrouver au milieu des tissus phlogosés, et l'on s'expose à exercer sur la suture des tiraillements préjudiciables.

J'ai cherché à prévenir ces accidents en employant une sonde à demeure avec des précautions que je vais indiquer après avoir décrit la suture.

Description du procédé. — Après avivement, dans une certaine étendue de toute la surface qui entoure l'orifice fistuleux, je taille et dissèque deux lambeaux aussi grands et aussi bien nourris que possible, je les mobilise de façon que leur face profonde soit adossé sur une hauteur de 3 centimètres environ et que la base du bord adhérent soit amenée par glissement au niveau de l'orifice fistuleux. Supposons ces lambeaux l'un à droite, l'autre à gauche; je traverse le milieu du lambeau de gauche, de gauche à droite, avec une aiguille munie d'un fil métallique : elle ressort au niveau de la fistule, pénètre le lambeau droit qu'elle traverse une première fois, puis le traverse une seconde fois à 2 millimètres de distance de son point d'émergence, de droite à gauche, et traverse de la même façon le lambeau gauche. Les lambeaux sont ensuite rapprochés et les deux bouts de fil tordus l'un sur l'autre.

Une rangée de fils métalliques est ainsi disposée à la base des lambeaux. C'est la première rangée ou rangée profonde.

On dispose, de la même manière, une deuxième rangée ou rangée moyenne au milieu de la hauteur des lambeaux, de sorte que les anses distantes de 5 millimètres les unes des autres soient au niveau des espaces vides de la première rangée.

Les bords des lambeaux sont ensuite suturés par une troisième rangée ou rangée superficielle. Chaque rangée contient de trois à six anses métalliques.

Ce mode de suture présente les avantages que voici : suivant les cas, la mobilité et l'étendue des parties molles, on peut varier la forme et la grandeur des lambeaux, les prendre en avant et en arrière, ou à droite et à gauche et jusque sur les organes voisins comme le faisait A. Cooper. La peau des bourses surtout m'a toujours donné de bons résultats, soit à cause de sa mobilité, soit parce qu'il est possible de l'entraîner avec une certaine épaisseur de tissu conjonctif.

Avec les anses métalliques, ainsi disposées, qui s'adaptent à toute espèce de forme et d'épaisseur, on peut maintenir affrontés devant la fistule des lambeaux amenés de loin et de grande dimension, et avec tant d'exactitude que l'urine ne peut s'infiltrer entre eux. En outre, ces anses ténues ne s'opposent nullement à la circulation et à la vitalité des tissus, et je n'ai jamais observé, après mes opérations, de points gangréneux.

La seconde modification, que je désire signaler, est destinée à faciliter le séjour et le fonctionnemeut de la sonde à demeure. Dans le but de prévenir les accidents dont elle est souvent cause, j'emploie de préférence une sonde d'argent d'un calibre aussi gros que le permet le canal. Je lui donne une double courbure en S comme celle des sondes anciennes, forme adoptée par Bozeman pour les fistules vésico-vaginales, et je la fais adapter exactement à la forme du canal. Mais la précaution la plus importante est de la débarrasser plusieurs fois par jour des mucosités qui l'obstruent en exerçant une forte aspiration. Voici de quelle façon :

Au moyen d'une pompe aspirante, le vide est fait dans une grande bouteille de la contenance de 5 à 6 litres, munie d'un robinet et d'un tube de caoutchouc. Quatre ou cinq fois par jour ce tube est adapté à la sonde à demeure par le malade lui-même ou par un infirmier : le robinet est ouvert et l'urine, fortement aspirée, débarrasse complétement la sonde. Chez les enfants le séjour de la sonde nécessairement d'un petit calibre présente de grandes difficultés : eh bien,

grâce à ce moyen, j'ai pu laisser une sonde treize jours, et c'est à cela que j'attribue la guérison.

Après l'opération et l'introduction de la sonde, je procède au pansement.

Il consiste à imbriquer des bandelettes de diachylum régulièrement les unes sur les autres, de telle façon que les lambeaux soient immobilisés et légèrement comprimés, que la sonde soit solidement fixée à la verge et que l'urine ne puisse mouiller la suture.

En outre, j'adapte au pavillon de la sonde un poids léger pour l'empêcher de se relever ; avec ces précautions, j'ai toujours évité les déplacements de la sonde et l'infiltration de l'urine le long de son trajet.

Voici quatre observations d'uréthroplastie où mon procédé a été employé.

Obs. I. — *Fistule pénienne. — Uréthroplasties multiples. — Guérison.* — Jean-Claude M..., né à Saint-Julien (Loire), âgé de trois ans, entre la Charité, salle Saint-Philippe n° 7, le 9 novembre 1867. Il est affecté d'une fistule urinaire résultant de la constriction d'une ficelle. Une première opération n'a pas été suivie de succès.

Deuxième opération par la suture à étages. — Guérison.

L'observation de cet enfant a été présentée à la Société des sciences médicales.

Sorti de la Charité le 27 février 1869.

Obs. II. — *Fistule urinaire à la suite d'un coup de feu. — Suture à étages. — Guérison complète.* — Ce malade est un soldat, âgé de vingt-six ans, ayant fait partie de l'armée de la Loire.

Cet homme reçut, le 2 décembre 1870, un coup de feu. La balle pénétra par le côté gauche des bourses, blessa sur son passage le canal de l'urèthre, traversa la cuisse et sortit à la partie externe de la fesse droite, à 10 centimètres en arrière du grand trochanter.

Le blessé fut transporté à l'ambulance Saint-Marceau, à Orléans, où il fut soumis à un premier traitement dont l'alcool camphré et l'eau blanche furent la base. L'orifice de la fesse se cicatrisa au bout de trente jours; mais du côté des organes génitaux, de la cuisse et du pli de l'aine droite, il survint un phlegmon diffus avec gangrène qui fut guéri seulement en mars 1871, époque à laquelle le malade put être envoyé à Lyon, où il fut reçu à l'ambulance de la Charité le 22 du même mois.

État du malade à son entrée à la Charité. — Le trajet de la balle à travers la fesse, à partir des organes génitaux est complétement cicatrisé. De nombreuses cicatrices irrégulières existent dans le pli de l'aine droite et sur la paroi abdominale, et dénotent les accidents éprouvés par le malade. Les fonctions du membre inférieur droit sont intactes. La peau du scrotum est ratatinée autour du testicule droit qui est unique; elle a subi une notable déperdition de substance.

Une fistule uréthrale persiste. Elle est située au milieu de la région scrotale et entourée de toutes parts d'une surface cicatricielle. Il n'y a pas de rétrécissement du canal à son niveau. Quand on introduit une sonde, par le méat, dans l'urèthre, on la voit par la fistule, laquelle admet un stylet de 2 millimètres de diamètre. Pendant la miction, l'urine coule par l'orifice accidentel à jet continu.

L'état général est débilité, le malade est faible sur ses jambes, il est maigre, pâle, découragé et présente les symptômes de pertes séminales. Le sein droit est engorgé, volumineux et sensible à la pression,

Opération le 10 *avril.* — Le malade étant anesthésié par l'éther, une sonde de gomme élastique est placée dans l'urèthre et la vessie, et je procède à l'avivement de la surface cicatricielle que je circonscris d'avant en arrière par une double incision elliptique de 4 centimètres de long sur 25 millimètres de large. Dans l'espace compris entre ces incisions, le tissu cicatriciel est enlevé avec soin, ce qui n'empêche pas que la fistule est agrandie et présente alors 5 millimètres de diamètre.

La peau du scrotum est ensuite disséquée latéralement à droite et à gauche, aussi loin que possible pour la mobiliser et permettre l'adossement de grandes surfaces avivées. Les deux portions de téguments ainsi décollées sont amenées sur l'ouverture, de manière à la dépasser considérablement, jusqu'à ce que la base du bord adhérent du lambeau soit au niveau de cette ouverture, ce qui permet la juxtaposition des deux surfaces saignantes. Pour le reste de l'opération j'employais le procédé que j'ai décrit.

On dispose, sur la plaie, un bandage en cuirasse avec des bandelettes imbriquées qui compriment modérément le canal. Une sonde est établie à demeure et maintenu par des fils et un anneau de caoutchouc placé autour de la verge et attaché à un bandage en T double.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, le malade éprouve de l'agitation et du délire. La sonde est retirée. Du pus s'écoule par le canal. Je fais sonder le malade le plus souvent possible par un in-

terne expérimenté. Peu à peu, l'état général s'améliore. Après huit jours, la cicatrisation est faite en plusieurs endroits, et l'urine s'écoule presque toute par le canal, un léger pertuis lui donnant passage à la partie postérieure de la suture. Mais, en même temps que l'état général s'améliore, ce pertuis tend à se fermer.

Le 5 mai, le malade, qui a repris ses forces, peut se promener dans la salle. Le 11 du même mois, la cicatrisation est complète : il ne passe plus une goutte d'urine par la plaie.

Ce malade est resté à la Charité jusqu'au 10 juin, et la guérison ne s'est pas démentie. L'urine coule à plein jet. La cicatrisation est solide : on voit une saillie qui est l'indice du mode de suture employé. Le malade a repris de l'appétit, des forces et de l'embonpoint.

Obs. III. — *Fistule pénienne. — Uréthroplasties multiples. — Guérison.* — Mathieu R..., né à Chambéry (Savoie), et âgé de neuf ans, présente, à son entrée dans la salle Saint-Pierre, à la Charité, une fistule urinaire consécutive à la constriction d'une ficelle. L'urine s'écoule par un orifice situé à la réunion des 4/5 antérieurs du pénis avec le 1/5 postérieur.

R... présente aussi un rétrécissement tel qu'il urine goutte à goutte, et de plus un phimosis pour lequel je pratiquai l'incision médiane, opération qui me donne un plein succès.

Première opération en septembre 1871. — Il fallait d'abord se débarrasser du rétrécissement. Pour cela, j'introduisis un stylet par le méat, et, guidé par sa saillie, j'incisai au niveau du rétrécissement jusqu'à ce que l'extrémité du stylet fût à nu.

Mais, pour le bout inférieur, l'incision sans conducteur ne fut point aussi facile. Malgré de minutieuses recherches, il me fut impossible de trouver le canal. J'eus alors l'idée de le chercher à 1 centimètre et demi plus loin, au niveau de l'angle péno-scrotal; mes investigations furent vaines.

Trois jours après, le malade avait une fistule au niveau de cette seconde incision : je m'en servis pour faire, avec un stylet, le cathétérisme rétrograde et inciser le bout inférieur. Je plaçai ensuite une sonde à demeure. Malheureusement, cette sonde fut mal tolérée : elle exerça une pression dans l'angle péno-scrotal, à la suite de laquelle se produisit une ulcération que la diphthérite envahit. Il en résulte une plaie assez large, qui resta fistuleuse pendant que l'autre fistule se cicatrisait.

Notre jeune malade, qui était entré dans mon service au mois d'août 1871, avait subi cette opération au mois de septembre, avons-nous

dit; une seconde fut pratiquée en mars 1872. Elles n'amenèrent, ni l'une, ni l'autre, la cicatrisation complète, mais leur résultat principal fut d'augmenter l'épaisseur des lèvres de la fistule. En effet, avant la première opération, la fistule se limitait à l'épaisseur du canal de l'urèthre, et lors de la troisième, qui acheva la guérison du malade, cette fistule avait une longueur de 5 millimètres environ.

Le 1er décembre 1872, je procédai à cette troisième et dernière opération, que je diviserai de la sorte :

1er temps. Avivement circulaire autour de l'orifice fistuleux, fait en dédolant dans une étendue de 1 centimètre et demi de diamètre.

2e temps. Dissection d'un lambeau pénien et d'un lambeau scrotal considérable.

3e temps. Suture à étages de ces deux lambeaux.

Une sonde métallique est mise à demeure et peut y rester treize jours consécutifs, grâce à sa désobstruction, rendue très-facile au moyen de l'aspiration par l'appareil de Potain.

Une coque compressive formée de bandelettes de diachylon, croisées sur le dos de la verge et imprégnées de collodion empêche le contact de l'urine.

Gonflement consécutif. — Suppuration médiocre.

Le 14 décembre, on enlève la sonde et les fils, et, le 27, on constate que la cicatrisation est complète : le point opéré présente alors une cicatrice transversale. On remarque aussi des dépressions de la peau, indice des sutures profondes.

Quelques points présentent une induration notable, due probablement à des fils enkystés : en les comprimant, on détermine de la douleur. Ce qui semblerait confirmer cette idée, c'est que, dans l'opération précédente, j'en avais trouvé deux visiblement enkystés ; plusieurs autres avaient dû rester au milieu des tissus tuméfiés.

R... est resté dans le service pendant plusieurs mois. La guérison ne s'est pas démentie.

Obs. IV. — *Fistule pénienne. — Urétroplastie.* — Claude P..., âgé de sept ans, de Saint-Christophe (Rhône), entre à la Charité, salle Saint-Pierre, le 14 mai 1873.

Une constriction circulaire a été exercée sur la verge à 1 centimètre en arrière du sillon balano-préputial, au moyen d'un fil qui est demeuré en place trois mois, et qui est enlevé au moment où l'on amène l'enfant. Les parois du canal ont été complétement coupées, les deux bouts sont écartés d'un demi-centimètre : tous deux sont

rétrécis et admettent seulement un stylet d'environ un demi-millimètre de diamètre. Les corps caverneux ont été entamés et présentent un sillon profond à la face dorsale.

Pendant près de quatre mois, l'enfant fut soumis à la dilatation à cause de son rétrécissement et traité pour une diarrhée grave contractée pendant l'été.

Le 8 octobre 1873, opération par la suture à trois étages. Deux vastes lambeaux ont été taillés, l'un en avant sur le pénis, l'autre en arrière sur le scrotum. A droite et à gauche, je laisse subsister deux petits pertuis non avivés pour le passage de l'urine en cas d'infiltration.

Vingt points de suture ont été placés, tous ont pris.

La sonde à demeure, qui était volumineuse, a fonctionné sans interruption pendant quinze jours et sans laisser passer une seule goutte d'urine. Malheureusement, les deux extrémités de la suture, que j'ai eu la mauvaise idée de ne pas aviver, laissent passer quelques gouttes d'urine par des orifices si ténus qu'ils ont passé inaperçus pendant un mois. Ces deux ouvertures fistuleuses sont situées loin de la rupture du canal : elles n'admettent qu'un stylet très-fin, et j'espère en obtenir facilement raison par la cautérisation, suivie de la compression au moyen de serres-fines.

1er décembre, deux petites fistules persistent aux angles non avivés. J'introduis une épingle, que je chauffe à la lampe à alcool, pour continuer les trajets.

Au 1er janvier 1874, guérison complète.

Le travail de M. Delore est renvoyé au comité de publication pour l'insertion dans les *Bulletins* de la société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *La Tribune médicale.* — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratique.* — *Le Mouvement médical.* — *La Gazette obstétricale de Paris.* — *La France médicale.* — *Le Progrès médical.* — *Le Bordeaux médical.*

Un mémoire sur le développement pathologique de l'œil chez le cyprin dit *poisson télescope*, par M. le docteur Camuset.

Trois mémoires du docteur Féréol, médecin de la maison municipale de santé, intitulés :

1° Des perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax ;

2° Note sur la communication anatomique existant entre les noyaux d'origine de la troisième et de la sixième paire ;

3° Note sur une paralysie de la sixième paire gauche avec inaction conjuguée du muscle droit interne de l'œil droit causée par un tubercule développé dans l'épaisseur de la protubérance annulaire.

M. TRÉLAT offre, de la part du docteur Clemente Romano, un travail sur le *Fungus bénin du testicule.* — L'auteur, en soumettant à une revue critique sévère les données de la littérature chirurgicale, et en reprenant l'étude histologique du fungus, arrive à établir que cette tumeur, qu'il propose d'appeler *granulome,* est constituée par un tissu semblable à celui des bourgeons charnus. Il démontre qu'on peut la confondre avec des sarcomes ou des myxomes qui, au début de leur évolution, revêtent parfois la forme extérieure de fungus ou de champignon, mais que l'examen microscopique tranchera toute difficulté. Aucune observation ne permet de croire que le fungus soit constitué par des tissus fibreux ou de la graisse. — En somme, le travail de M. Romano contribue à éclairer une question sur laquelle planent encore quelque obscurité.

Une observation de M. le docteur Putzap, relative à l'ablation d'un ostéome.

LECTURE

M. DELORE a la parole pour la lecture suivante :

Du genou en dedans, de son mécanisme et de son traitement par le décollement des épiphyses. — L'angle de la cuisse avec la jambe qui, à l'état normal, est de quatre degrés, varie, pour le genou en dedans, de 10 à 80 degrés.

L'interligne articulaire est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à un degré beaucoup plus accentué qu'à l'état normal. Ce fait est dû à l'abaissement du condyle interne du fémur. C'est là la principale cause du déjettement de la jambe en dehors. Quand le genou est fléchi à angle aigu, toute trace de genou en dedans disparaît. Dans cette situation, une règle, appliquée sur le genou, s'incline d'autant plus fortement en dehors que l'affection est plus prononcée. Cette inclinaison est due à la proéminence de l'extrémité du condyle interne du fémur.

La seconde cause est l'incurvation en dehors du tibia dont le centre est au niveau de la tubérosité antérieure de cet os. Une ligne droite, tracée du grand trochanter à la malléole externe, forme la corde d'un arc dont le milieu est au niveau du genou. A l'état normal, la distance, de cette corde au bord externe de la rotule, a été trouvée de 2 centimètres. Dans les cas de genou en dedans, cette distance s'élève jusqu'à 10 et 15 centimètres. Les autopsies fournissent des renseignements encore plus précis. Le fémur présente une exagération de courbure très-importante, à notre point de vue, c'est celle de la courbure à concavité externe sur le tiers inférieur de l'os. Sa disposision est telle qu'elle produit uue bascule qui relève le condyle externe et abaisse le condyle interne.

Quand on tient un fémur normal suspendu par le centre de sa tête, la différence de niveau est de 2 à 4 millimètres; daus le cas de genou en dedans, elle est de 1 et même 3 centimètres.

Une jambe de 20 ceutimètres de longueur étant donnée, 1 centimètre de différence de niveau l'écarte de l'autre de 9 centimètres; 2 centimètres l'écartent de 14 centimètres, et 3 centimètres vont jusqu'à 17 centimètres. De telle sorte que si le genou en dedans est double, les malléoles sont distantes de 18 centimètres dans le premier cas, de 28 dans le second et de 34 dans le troisième. Voilà le vrai mécanisme du genou en dedans.

J'ai fait des recherches sur le nombre des individus exemptés au

conseil de révision dans le département du Rhône, pour genou en dedans : pendant les années 1869, 1871, 1872, 15 jeunes gens ont été réformés pour cette infirmité, sur le chiffre de 14,895 inscrits, soit 1 sur 993.

Traitement. — Je ne repousse pas les tuteurs et les appareils à redressement lent, mais je donne la préférence au redressement brusque que je pratique pendant l'anesthésie. Le membre est placé dans la rotation en dehors, un aide maintient la malléole externe à 10 centimètres environ au-dessus du plan du lit, et le chirurgien fait des pressions avec petites secousses sur le genou dont la saillie regarde directement en haut. La durée et la force de ces pressions varient suivant les cas. On entend habituellement quelques craquements et le redressement s'opère. Il est dû :

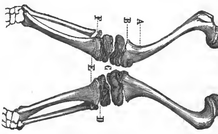


Fig. 1. — Cette figure représente le squelette des membres inférieurs d'un enfant mort de la rougeole vingt et un jours après le redressement, et sur lesquels on perçoit la trace des lésions traumatiques produites par le redressement.

Voici l'indication des lettres :

A Courbure latérale produisant le genou en dedans. — B Décollement épiphysaire du fémur produit par l'opération. — C Projection en bas des condyles internes. — D Décollement épiphysaire du tibia. — E Cassement du tibia. — F Décollement épiphysaire du péroné.

1° A l'écartement des surfaces articulaires qui peut se constater par des mouvements de latéralité;

2° A l'arrachement du périoste par les ligaments latéraux externes;

3° Au décollement des épiphyses qui porte sur le condyle externe du fémur, la tubérosité externe du tibia et même la tête du péroné. Ce décollement est quelquefois brusquement accompli et accompagné d'un fort craquement. Dans la plupart des cas, il est impossible de le constater sur le vivant.

4° Au tassement de la tubérosité interne du tibia ;
5° Enfin à l'élasticité du fémur et du tibia.

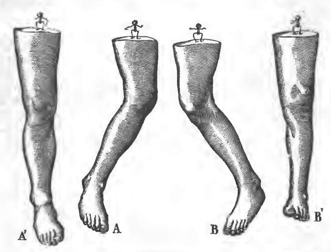


Fig. 2. — Cette figure est l'exacte représentation de photographie de moules en plâtre. Elle est une démonstration complète de la méthode.
A et B sont des moules en plâtre faits avant l'opération. — A' est un moule en plâtre fait sur le lit d'opération immédiatement après. Il démontre que le redressement a été complet. — B' est un moule en plâtre fait un mois après. Il démontre que le redressement a persisté.

Le redressement est maintenu d'abord au moyen d'un bandage amidonné, ensuite avec un tuteur.

Cette opération n'a été suivie d'aucun accident quoique pratiquée plus de deux cents fois.

Le genou retrouve toutes ses fonctions au bout de six mois.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT. Je n'ai à présenter qu'une très-courte observation. Il y a quatre ou cinq ans, j'ai eu l'occasion d'observer un enfant de quatre ans qui présentait une déviation du genou en dedans, déviation en apparence d'origine non rachitique; car l'état général du petit malade était excellent. Je fus frappé de ce fait que, dans la rectitude ou extension, la difformité était énorme, mais se corrigeait par la flexion. L'enfant mourut de la rougeole. A l'autopsie, je constatai une malformation

du condyle interne qui descendait à un niveau inférieur à l'autre condyle, et se trouvait, en outre, un peu plus court d'avant en arrière, ce qui explique assez bien la correction de la déviation par la flexion. J'ai présenté la pièce à la Société anatomique, et je me trouvai, dans cette circonstance, en désaccord avec M. Lannelongue dont l'interprétation se trouva tout autre.

Les faits de M. Delore concordent, du reste, avec ceux que j'ai observés, à cette différence près que le rachitisme était la cause première des désordres cités par lui.

M. VERNEUIL. Il est absolument nécessaire d'admettre, pour le *genu valgum*, plus d'une étiologie. Aussi demanderai-je d'abord à M. Delore quelle est la limite d'âge pour les sujets observés par lui. Nul doute au sujet des pièces présentées. Il s'agit de l'affection connue sous le nom de rachitisme latéral. Mais il y a une autre variété de *genu valgum* qui débute de quinze à vingt ans, c'est-à-dire à la même époque que la scoliose et le pied plat; cette variété, de nature essentiellement musculaire, coïncide presque toujours avec un accroissement rapide, une flaccidité toute spéciale des chairs et n'a point de rapport avec le rachitisme. Chez tous ces grands adolescents, on voit la projection du genou en dedans s'accompagner de la supination, c'est-à-dire de la rotation en dehors du tibia sur son axe, et ne se point compliquer du développement inégal des deux condyles. Cette lésion d'ordre musculaire, tenant à la contracture du biceps, est applicable à un ordre tout spécial de *genu valgum*, et nécessite un traitement différent. Chez le demi-adulte, en effet, on pourrait peut-être décoller le périoste et l'épiphyse, mais au prix de violences énormes. Aussi, dans ces cas, n'ai-je jamais employé la force, mais bien des procédés de douceur, tels que le repos, le redressement progressif à l'aide de bandes de caoutchouc appliquées durant huit ou dix jours sur les genoux préalablement séparés par un coussin, puis l'immobilisation durant trois ou quatre mois. Cette méthode qui, dans la dernière période, permet aux malades de marcher, m'a donné des succès remarquables, même dans des cas de déviations énormes. Je ne serais même pas surpris que cette déviation spéciale, due à la supination forcée de la jambe, n'existât aussi chez l'enfant, car je me rappelle avoir pu, chez un jeune sujet, redresser un genou à l'aide de deux pièces, l'une, jambière, l'autre, crurale, reliées entre elles par une attelle interne fixée solidement par des tours de bande. M. Delore proclame l'innocuité parfaite de ces manœuvres; il est cependant permis de craindre que ces violences exercées sur le cartilage interépiphysaire ne déterminent une ossification précoce et ne méritent le reproche que l'on

a adressé aux résections, à savoir : une atteinte considérable portée au développement ultérieur du membre.

Cet arrêt de développement, peu important quand les deux membres sont atteints, a sa valeur quand la déviation est unilatérale. Je prie, du reste, M. Delore de considérer ces remarques comme des demandes d'éclaircissement bien plus que comme des critiques.

M. LE FORT. Ce qui me frappe le plus dans la méthode de M. Delore, c'est l'innocuité de l'arrachement épiphysaire.

Je demanderai à notre collègue, d'une part, si la marche de ses opérés était irréprochable, car d'après la photographie du moule qu'il nous présente, le pied paraît reposer sur le bord externe ; d'autre part, si c'est l'expérience qui l'a amené à conserver le membre aussi longtemps dans l'immobilité. On sait, en effet, qu'on a souvent grand'peine à rétablir les mouvements dans une articulation tenue longtemps immobile. La méthode de M. Delore me paraît devoir être fort bonne dans l'enfance, car le *genu valgum* des demi-adultes et des adultes me semble mériter un traitement spécial.

M. DUBRUEIL. J'ai eu occasion de voir à la consultation d'orthopédie du bureau central un nombre considérable de genoux *valgus*. Ils m'ont paru appartenir à une autre cause que le rachitisme, se développer quand les enfants commencent à marcher, et tenir surtout à une faiblesse ligamenteuse ou musculaire. Dans tous les cas, j'ai vu le développement du condyle interne être non pas une cause, mais une conséquence forcée de la déviation du genou. Je demanderai à M. Delore son opinion sur l'efficacité des machines. J'ai vu, en effet, toujours dans le même établissement, des succès bien nets suivre l'application d'appareils mécaniques construits à bas prix, c'est-à-dire avec peu de soins et fort mal dirigés par des parents ignorants ou négligents.

M. SÉE. M. Delore a-t-il appliqué son traitement à l'incurvation du tibia en arrière? J'ai eu, pour ma part, à traiter une petite fille présentant une flexion postérieure très-prononcée. J'ai essayé le traitement préconisé par notre collègue et cela sans le moindre résultat. Peut-être cet insuccès tient-il à un manque de persévérance et d'énergie dans la force déployée ?

M. LANNELONGUE. On doit considérer deux points dans la question qui nous occupe : l'étiologie et la thérapeutique.

Pour ce qui a trait à l'étiologie, on peut établir plusieurs variétés de cagneux. Nous avons déjà la déviation rachitique propre à l'enfance et facile à distinguer. Viennent ensuite deux variétés beaucoup moins aisées à définir : celle qui survient de quinze à vingt ans (cagnosité

de l'adolescence), puis enfin la déviation pathologique consécutive à une arthite sèche (cagnosité des gens âgés).

A ce propos, je reviens au dissentiment signalé par M. Guéniot entre son interprétation et la mienne, dissentiment basé sur ce fait que, étant donné, comme il l'avançait, un condyle interne descendant plus bas que le condyle externe, je concluais que l'on devait avoir affaire à une déviation en dehors et non pas en dedans.

Au point de vue thérapeutique, la méthode de M. Delore me paraît devoir être bonne. Je ferai cependant remarquer que le sujet qui figure sur les photographies qu'il nous a présentées ne porte pas les attributs du rachitisme. Ce serait donc une cagnosité de l'adolescence. Or sur un cagneux de seize ans, j'ai tenté l'application de la méthode de M. Delore. J'ai pu redresser un genou en-dedans au prix d'efforts considérables suivis de nombreux craquements. Après l'opération, j'appliquai sur le membre un appareil inamovible; mais les douleurs furent telles que je dus l'enlever, et nous assistâmes au développement d'une arthrite. Il n'y eut cependant pas d'autres accidents, et le résultat définitif fut satisfaisant. Je tire cependant de ce fait cette conclusion que le redressement par la méthode de M. Dulore n'est pas absolument sans danger.

M. TILLAUX. Mon impression relative aux cagneux adolescents est, d'après ce que j'ai pu observer, diamétralement opposée à celle qu'a exprimée M. Verneuil. J'ai, en effet, soigné tout à fait inutilement, durant une année, à l'aide des bandes de caoutchouc et des attelles, un jeune homme d'environ seize ans, non rachitique, et dont M. Duchenne, de Boulogne, à qui je le fis voir, classait la déviation très-marquée dans les cagnosités dites professionnelles (il tournait, en effet, une roue du matin au soir). Aussi suis-je convaincu que le traitement du *genu valgum* des adolescents est extrêmement difficile par les moyens ordinaires.

M. LARREY. On a parlé des cagneux devant les conseils de révision. A ce propos, je diviserai les cagneux en trois variétés :

1° La déviation bilatérale rachitique;

2° La déviation unilatérale congénitale, acquise ou professionnelle, (celles des joueurs d'orgue par exemple);

3° La déviation simulée.

La réforme suit nécessairement la première de ces divisions. La seconde peut céder à un traitement approprié, le massage, les appareils, etc., et dans ce cas, je dois le dire, j'aurais peu de foi dans le redressement brusque.

Quant à la déviation simulée, elle se distingue, tout d'abord, par

une absence presque complète d'atrophie du membre. De plus, j'ai souvent employé, pour découvrir la fraude, un moyen qui consiste à placer, à l'improviste, sur un siége, le sujet que l'on veut convaincre et à imprimer à ses deux membres des mouvements similaires.

La volonté la plus tenace cède souvent à l'action simultanée des deux membres amenés au contact, comme si la volonté ne pouvait se diviser et agir sur l'un tout en délaissant l'autre.

M. CHASSAIGNAC. Je tenais à faire observer qu'on a été un peu trop absolu en niant que le rachitisme pût exercer son action sur un seul côté; je suis, d'autre part, très-surpris de l'absence de crépitation osseuse dans les faits de redressement rapportés par M. Delore.

M. DEPAUL. Je ne parlerai pas des difformités de l'adulte, et je m'en tiendrai au rachitisme. Je ne crois pas la théorie de M. Delore exacte. Ce qu'il appelle, en effet, une courbure de l'extrémité inférieure du fémur n'est pas, à proprement parler, une courbure. La seule qui existe réellement se porte en avant et en dedans; mais celle contre laquelle il lutte ne peut porter ce nom. Si nous prenons, en effet, l'axe du fémur, nous voyons que ce qu'il appelle courbure est purement et simplement constitué par une partie osseuse plus volumineuse, comme surajoutée. Ce n'est donc pas une courbure, c'en est tout au plus la simulation. Lutter contre cette malformation me paraît impossible. Aussi voyez ce qui arrive dans la pièce que nous présente M. Delore : la courbure latérale existe toujours; on a bien décollé l'épiphyse, mais la courbure n'a pas été redressée. Quand on voit les os des rachitiques à courbure très-accentuée, qu'on compare la convexité avec la concavité de l'os, on trouve une énorme disproportion de surfaces. Que veut-on obtenir ? Une sorte d'élasticité. Il n'en est pas qui puisse redresser un os ainsi dévié : en un mot il est impossible de trouver, pour obtenir ce résultat, l'étoffe nécessaire. Aussi ne puis-je m'expliquer comment, dans plusieurs de ses opérations, M. Delore n'a pas eu à constater de fractures.

M. DELORE. Je vais essayer de répondre aux questions qui m'ont été posées et aux objections qui m'ont été faites. J'admets les catégories qui ont été établies, et je distingue la déviation rachitique, la déviation des adolescents et la déviation pathologique consécutive à une tumeur blanche, par exemple.

Je suis, en cela, de l'avis de tout le monde; mais mon opinion personnelle diffère notablement de l'opinion générale quant au nombre des déviations d'origine rachitique. Ce nombre est considérable, selon moi. Dans les nombreux cas que j'ai eu l'occasion d'observer, je me suis souvent attaché à démontrer que le rachitisme avait passé par là

sans qu'il eût pourtant laissé sur le squelette de traces sensibles, tout au plus une légère déformation du poignet, ou cette disposition que l'on désigne sous le nom de chapelet rachitique du thorax. Il est rare que, dans les antécédents, dans la parenté, l'on ne trouve rien à ce point de vue. J'estime donc que le genou cagneux est habituellement rachitique, et qu'il est rare de lui assigner une autre origine.

Dans le cas cependant où le rachitisme serait étranger à la déformation, le traitement serait identiquement le même. J'ai opéré d'après ma méthode, un jeune homme de vingt et un an, un autre de dix-huit ans, mais de taille colossale. Cette dernière opération fut très-laborieuse et nécessita l'intervention de six aides, mais le succès fut complet, si complet même que le jeune homme en question fit la campagne comme mobile. C'est donc une de mes plus belles observations.

Je répondrai à M. Verneuil que je n'ai jamais vu la croissance régulière se ressentir du redressement brusque, et j'attribue cet heureux résultat à ce que, aussitôt après le redressement, qui n'est autre chose qu'une entorse à un haut degré, l'inflammation est à peu près nulle, ainsi que la douleur grâce à l'immobilisation immédiate que nous pratiquons.

Cette immobilisation prolongée n'a pas les inconvénients que paraît redouter M. Lefort et ne produit pas, dans tous les cas, de difformité analogue à celle que l'on pourrait croire exister sur les photographies que j'ai apportées. Cette difformité apparente tient à ce que pendant le moulage que je n'ai pu surveiller, on a laissé le pied dans l'extension. J'affirme, du reste, que le malade ne marche point sur le bord externe du pied.

L'immobilisation a d'ailleurs une durée variable ; on peut, au bout de deux mois, mobiliser le genou ; et je dois dire que dans l'immense majorité des cas, la rigidité est nulle. Je ferai observer à M. Larrey que la simulation du genou cagneux ne peut tromper que difficilement surtout si l'on part de ce principe, qu'étant donnée une jambe saine et étendue, la projection en dehors est absolument impossible ; il faut donc, pour produire cette projection, que l'imposteur fléchisse d'abord la jambe sur la cuisse, et il est facile de le confondre en le ramenant à l'extension.

M. Chassaignac s'étonne de l'absence de crépitation dans le redressement brusque. Cette crépitation existerait sans aucun doute si l'on produisait un arrachement complet de l'épiphyse; mais il n'en est rien, et il est facile de se convaincre sur la pièce que je mets sous les yeux de la société, que c'est une déhiscence incomplète, une sorte d'entre-

bâillement que je produis. Quant à l'objection de M. Depaul, qui considère le genou cagneux comme une apparence de courbure, je répondrai qu'à cette apparence de courbure, je n'ai peut-être opposé qu'une apparence de redressement, mais que, dans tous les cas, le malade marchait droit après l'opération et que, par conséquent, je ne pouvais m'empêcher de le considérer comme redressé.

Pour obtenir le redressement de l'os lui-même, dont parle M. Depaul, il faudrait attaquer le centre même de la courbure et faire une sorte de résection, ce qui est absolument étranger à ma méthode. En terminant, je conclurai ainsi : j'ai redressé deux cent cinquante genoux cagneux, j'ai eu presque constamment des succès. Très-rarement j'ai eu besoin de faire des efforts considérables. Je me suis toujours astreint à certaines précautions, à celle qui consiste à ne pas trop éloigner le genou dévié du plan du lit, de manière à éviter une échappée possible; j'ai tenu également à obtenir séance tenante le redressement parfait, et j'ai toujours mis beaucoup de soin à l'application de l'appareil inamovible.

M. LE FORT. Je ne puis qu'applaudir aux remarquables résultats de la méthode de M. Delore, et je lui accorderai une préférence marquée; mais je reviens sur la question de l'immobilisation, et c'est un avis que je demande. M. Delore a-t-il été amené par des insuccès ou des accidents à pratiquer une immobilisation aussi prolongée ?

M. DELORE. Je n'ai jamais eu d'inquiétudes au sujet du rétablissement des mouvements, et je n'ai jamais vu de cas où la mobilisation ne fût pas facile.

Qu'il me soit permis, en terminant, de réparer deux omissions dans mes réponses aux questions et objections qui m'ont été faites. J'ai toujours échoué dans les cas de redressement du tibia en arrière dont parlait M. Sée. Tout au plus ai-je diminué la courbure de 3 centimètres. Quant à la difficulté de l'application des appareils et à leur peu d'efficacité, je suis absolument de l'avis de M. Tillaux, et c'est précisément l'impuissance des appareils qui m'a conduit à adopter la méthode que j'ai exposée devant vous.

La société se forme en comité secret à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — La Tribune médicale. — La France médicale. — Le Progès médical. — Le Mouvement médical. — L'Abeille médicale. — Le Bulletin général de thérapeutique. — La Gazette de Joulin. — Le Bordeaux médical. — Le Montpellier médical. — Le Journal médical de la Mayenne. — Le Lyon médical.*

M. MAGITOT offre un travail qui lui est commun avec Ch. Legros, sur : *les Greffes de follicules dentaires et de leurs organes constitutifs isolément.*

M. DOLBEAU offre un travail sur *l'Emploi du chloroforme au point de vue de la perpétration des crimes et des délits.*

LECTURES

M. PERRIER lit un travail sur un cas de ligature de l'iliaque externe (Commission : MM. Verneuil, Tillaux, Ledentu).

M. TERRIER lit un travail sur un calcul de la glande sous-maxillaire (Commission : MM. Paulet, Panas, Forget).

M. PRAVAZ (de Lyon) lit un travail sur les déviations de la colonne vertébrale (Commission : MM. Desprez, Duplay, Dubrueil).

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1874.

Présidence de M. PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *La Tribune médicale.* — *La France médicale.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Progrès médical.* — *La Gazette obstétricale* — *L'Abeille médicale.* — *Le Bordeaux médical.* — *La Gazette médicale de Bordeaux.* — *Le Journal de médecine de l'Ouest.* — *La Revue médicale de Toulouse.* — *Le Bulletin de l'Académie royale de Belgique.* — *Des réformes dont nos institutions d'hygiène publique sont susceptibles*, par MM. Armaingaud et Levieux, de Bordeaux.

M. LARREY offre, de la part de l'auteur, un mémoire intitulé : *De l'ovotomie abdominale ou opération césarienne*, par le docteur Baudon.

M. LARREY dépose sur le bureau, au nom de Mme Huguier, l'acte de donation du legs Huguier.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL fait la communication suivante :

Urano-staphylorrhaphie, insuccès partiel, remarques sur quelques temps de l'opération. — Un garçon de quatorze ans me fut amené au commencement de janvier 1874, pour subir l'opération de la staphylorrhaphie. Il est bien portant, d'un physique agréable, intelligent, très-soumis et très-raisonnable. Quoique bien proportionné et né de parents sains, il est si peu développé qu'il paraît à peine âgé de huit ans.

Les lèvres, les arcades dentaires, la partie antérieure de la voûte palatine, la partie supérieure et postérieure du pharynx sont tout à fait à l'état naturel ; mais le voile du palais est fendu, et la division s'étend au tiers postérieur de la voûte osseuse.

Les lèvres de la fente sont très-écartées et figurent une demi-parabole plutôt qu'un triangle; aussi ne peut-on, avec un crochet, rapprocher qu'imparfaitement les deux moitiés du voile. En bas, ce voile est d'une bonne épaisseur; mais en haut il est fort mince. Il en est de même de la muqueuse palatine au pourtour de la fente osseuse.

Cette disposition, que j'ai déjà remarquée, et dont j'ai montré jadis un bel exemple à la société anatomique, est défavorable au succès de l'opération. En effet, elle compromet la vitalité des lambeaux palatins décollés par leur face profonde, et quant aux lambeaux staphylins, elle force de n'affronter que d'étroites surfaces saignantes si l'on n'avive que leur bord libre. On a augmenté beaucoup le déficit si l'on avive largement: c'est à la première de ces circonstances que j'attribue surtout, dans la présente opération, la non-réussite de deux points de suture.

La synthèse de la fissure palatine et de la fissure staphyline exigeant des procédés un peu différents, j'aurais pu, à l'exemple de certains chirurgiens, faire la restauration en deux temps séparés, réunir d'abord le voile, puis combler ultérieurement la perforation osseuse; mais je crus meilleur de faire simultanément les deux choses. En conséquence, j'opérai de la manière suivante, avec l'assistance de M. Delore, chirurgien distingué, de Lyon, qui voulut bien m'aider de ses conseils.

L'enfant fut assis sur une chaise; grâce à son courage et à sa docilité, il ne fut pas nécessaire de maintenir artificiellement les mâchoires écartées. Je commençai par aviver les deux bords du voile du palais, ce qui me donna deux surfaces cruentées, larges en bas et malheureusement étroites en haut où elles présentent à peine 3 millimètres d'avant en arrière.

A la voûte palatine, la commissure de la fente étant arrondie, je dus exciser sur la ligne médiane un petit lambeau triangulaire d'un centimètre de hauteur et d'une étendue presque égale à sa base, ce qui fait que la brèche à combler s'étendait jusqu'au 1/3 antérieur environ de la voûte. L'écoulement sanguin fut presque insignifiant.

Passage des fils. — Pour donner à ce temps difficile de l'opération toute la précision nécessaire, pour placer les sutures à égale distance les unes des autres et leur faire embrasser une égale épaisseur de tissus, j'ai toujours employé le procédé de transfixion des bords d'avant en arrière et longtemps repoussé tous les instruments spéciaux pour me servir uniquement des petites aiguilles de Sims, portant un fil simple d'un côté, un fil double de l'autre, qu'on anastomose à la manière de Bérard. Cependant j'ai utilisé il y a deux ans

l'aiguille tubulée pour suturer une assez large perforation staphyline, suite de syphilis tertiaire. A cet effet, j'ai fait couder à 45 degrés la portion courbe de l'aiguille, qui devient ainsi d'un maniement très-commode. J'ai pu, de cette manière, traverser les deux lèvres avec le même instrument et placer quatre sutures en quelques instants.

Dans le cas présent, l'écartement des bords était trop grand pour que cet instrument fût utilisable; cependant M. Delore voulut bien m'indiquer l'emploi d'une autre aiguille tubulée, avec laquelle il passe d'emblée le fil métallique des deux côtés sans changer d'instrument; l'aiguille en question est recourbée en forme d'hameçon, on la passe à travers la fente derrière le voile et en tirant à soi on traverse celui-ci du côté gauche du malade. Dès que la pointe apparaît à la face buccale, on chasse le fil métallique dout le chef sorti de la bouche est confié à un aide. On pousse l'aiguille en arrière pour la dégager; alors, faisant exécuter à la totalité de l'instrument une demi-rotation sur son anse, on reporte sa pointe derrière le bord droit du voile qu'on transperce également d'arrière en avant. Cette fois encore, dès que la pointe est visible en avant, on chasse le fil qui se dégage sous forme d'une anse qu'on attire dans la cavité buccale qu'on coupe à son milieu pour pouvoir retirer l'aiguille, et dont on conserve le chef en continuité avec celui qui traverse déjà l'autre levre du voile.

Ce procédé exécuté sur un morceau de cuir est très-facile, il m'a paru plus malaisé sur le patient. Toutefois j'ai pu placer ainsi deux points de suture; mais, en raison de mon inexpérience, d'une part, et de l'autre de la trop grande courbure de l'aiguille dont je disposais, je n'ai pu transpercer les lèvres exactement où je le voulais, ce qui arrive trop souvent quand on procède d'arrière en avant : néanmoins je reconnais que la manœuvre est expéditive, et, comme M. Delore l'a adopté, je ne la proscrirai point sans de nouvelles tentatives.

En tout cas, l'aiguille tubulée peut servir d'une autre manière, que mon collègue de Lyon m'a également enseignée. On prend deux aiguilles tubulées, longues et un peu incurvées vers la pointe; dans l'une, destinée à percer la lèvre gauche du voile, on place un fil d'argent très-fin et doublé de façon à figurer une anse; et dont l'autre, qui traverse la lèvre droite, contient un fil simple.

La lèvre gauche étant traversée d'avant en arrière, on chasse le fil et l'on voit apparaître, dans le pharynx, l'anse que l'on attire dans la bouche; l'autre aiguille, introduite également d'avant en arrière, porte à son tour, dans le pharynx et de là dans la bouche, le fil simple. Ce dernier est fixé à la partie moyenne de l'anse; alors il ne reste plus qu'à retirer les deux aiguilles, et plus particulièrement la première, pour

mettre définitivement en place le fil d'argent traversant les deux bords.

En résumé, c'est le procédé de Bérard, dans lequel on remplace le fil de soie par un fil métallique et les aiguilles ordinaires par les aiguilles tubulées.

J'accorde une certaine valeur à un procédé où l'on emploie les aiguilles tubulées fines, parce que les aiguilles mobiles sont souvent très-difficiles à retrouver et à saisir quand elles sont devenues libres derrière le voile ; j'en ai fait l'expérience dans cette opération même, m'étant servi pour placer mon troisième fil de la petite aiguille mobile de Mathieu ; je l'avais d'abord saisie assez vivement dans le pharynx, mais elle s'échappa de ma pince et je passai plus de trois minutes à la reprendre, tant à cause de son petit volume que des mouvements de déglutition que déterminait la présence de mes doigts ou de ma pince dans le pharynx. En revanche, le passage du fil métallique simple sur la lèvre droite à l'aide de l'aiguille tubulée fut l'affaire d'un instant.

Incision libératrice, décollement des lambeaux palatins. — Les quatre fils étant placés sur le voile, j'en réunis tous les chefs dans ma main gauche pour juger du degré d'extensibilité des deux moitiés du voile et de l'étendue que je devais donner aux incisions latérales. Il s'en fallait de près de 1 centimètre que l'affrontement fût possible. Naturellement l'ouverture palatine restait béante puisque la muqueuse, à ce niveau, était encore adhérente aux os ; mais, au niveau du voile lui-même, l'écartement était encore considérable, sauf en bas où les deux moitiés de la luette arrivaient à peu près au contact.

En somme, les incisions latérales devaient être très-étendues, car elles avaient non-seulement à mobiliser les deux lèvres du voile, mais encore à détacher par leur bord externe les deux lambeaux palatins.

Songeant à la quantité souvent considérable du sang fourni par ces incisions latérales faites au bistouri, quand on divise soit l'artère palatine soit quelqu'une de ses branches et à la gêne que ce sang occasionne au patient aussi bien qu'au chirurgien, je résolus de pratiquer les débridements latéraux avec le couteau galvanique.

En conséquence, le voile étant bien tendu, à l'aide des quatre fils métalliques qui le traversaient, je portai d'abord mon couteau du côté gauche et je fis une section de 5 centimètres commençant sur la voûte palatine au niveau de la première petite molaire et s'étendant en bas jusqu'à l'insertion du pilier antérieur du voile. A mesure que

les parties étaient divisées, je voyais la moitié correspondante du voile céder et se rapprocher de la ligne médiane. Je reportai donc mon couteau rougi du côté droit pour obtenir le complément de mobilisation nécessaire. Dès que l'affrontement médian fut réalisé, je m'arrêtai; aussi cette incision fut-elle un peu moins prolongée en arrière et un peu moins profonde. Au reste, ni l'une ni l'autre des incisions n'étaient perforantes. Elles intéressaient seulement la muqueuse et la couche musculaire, car je voulais diviser au moins le tendon du péristaphylin externe. Naturellement au niveau de la voûte palatine, la section allait jusqu'à l'os.

Je fus très-satisfait de cette petite innovation. Les deux débridements pratiqués avec lenteur, 20 à 25 secondes pour chacune, ne fournirent pas *une seule goutte de sang* et ne provoquèrent qu'une très-médiocre douleur. J'avais agi très-près de l'arcade alvéolaire pour donner à mes lambeaux une largeur assez grande pour assurer leur vitalité.

Ceci fait, je détachai la portion palatine avec une rugine courbe sur le plat, et aussitôt l'affrontement put être effectué en ce dernier point comme dans le reste de la fente. Un seul point de suture métallique fut passé à l'aide de l'aiguille tubulée coudée dont j'ai parlé plus haut.

Restait enfin à serrer les sutures. De tous les modes préconisés, je préfère de beaucoup l'emploi des boutons perforés et des tubes de plomb. Voici comment on procède : on choisit des boutons de porcelaine, de nacre, d'os ou d'ivoire, tels qu'on les trouve chez les mercières; il les faut petits et autant que possible percés de quatre trous. Les deux chefs libres du fil métallique sont passés dans deux trous opposés et se trouvent ainsi écartés de 2 à 3 millimètres. On engage ensuite les deux mêmes chefs dans un petit tube de plomb. On pousse bouton et anneau de plomb jusqu'à la ligne de réunion, pendant qu'on attire fortement à soi les deux chefs métalliques de manière à serrer la suture à un degré convenable. Ce degré obtenu, on presse l'anneau avec le davier, et la suture est ainsi fixée d'une façon définitive.

Les deux chefs du fil sont enfin coupés au ras de l'anneau de plomb afin de ne pas irriter la langue dans la déglutition. Ce procédé que j'emploie, depuis plusieurs années, pour la fistule vésico-vaginale, la périnéorrhaphie, et autres opérations autoplastiques, a plusieurs avantages. Il permet de serrer les fils au degré qu'on veut et sans risquer de les casser comme cela arrive par la torsion.

Le bouton empêche l'enchatonnement ou la pénétration de l'anse dans les parties étreintes. Mais il est précieux surtout en facilitant

l'extraction des sutures métalliques souvent très-difficile et très-délicate.

La coloration blanche des boutons laisse reconnaître aisément le nombre et la situation des points. L'écartement des fils au niveau des trous permet de couper un seul des chefs avec la pointe des ciseaux. Le petit anneau de plomb aplati, sans faire dans la bouche une saillie incommode, est cependant saisi sans peine par la pince avec laquelle on extrait tout le petit appareil après la section du fil.

Enfin, on se procure partout ces petits boutons, ce qui les rend à mes yeux préférables à divers engins spéciaux qui ont été déjà proposés et employés dans un but analogue.

L'opération, qui avait duré plus d'une demi-heure, donna le résultat primitif le plus satisfaisant. Les suites en furent simples. Toutes les deux heures environ, la bouche fut rafraîchie par des pulvérisations d'eau aromatisée, ce qui soulageait beaucoup le petit patient.

Une alimentation liquide : bouillon, potages, eau rougie, fut permise.

La stomatite fut très-légère, même au niveau des incisions libératrices. Un peu de fièvre se développa cependant le deuxième jour et dura jusqu'au cinquième.

Le septième jour, je crus remarquer que les fils commençaient à diviser les lèvres de la fente. J'ôtai donc les trois supérieurs. Un seul avait bien réussi, celui d'en haut, qui réunissait les deux lambeaux palatins. Les deux suivants n'avaient pas réalisé la réunion. C'était justement à leur niveau que l'avivement avait été trop restreint et que les fils avaient été passés d'arrière en avant sans pression suffisante.

Heureusement, les deux sutures inférieures, enlevées le surlendemain, avaient tenu bon, de sorte que la fente palato-staphyline était transformée en perforation du voile, oblongue, mesurant 17 ou 18 millimètres de haut en bas, 5 à 6 millimètres en travers.

Les incisions latérales, détergées à partir du cinquième jour, étaient, au dixième, comblées par des granulations de bonne nature ; la santé générale était excellente.

Le petit malade séjourna encore une quinzaine de jours dans mon service.

A l'époque de son départ, les dimensions de la perforation palatine avaient déjà diminué, et, chose remarquée par toute l'assistance, la parole s'était notablement améliorée. Le voile cependant était encore assez fortement tendu transversalement, présentant une direction

presque verticale, et ne se portait que difficilement en arrière à la rencontre du pharynx.

La déglutition se faisait sans peine et sans efforts. Rien ne revenait par les fosses nasales. Au reste, même avant la restauration, les aliments ne prenaient jamais cette voie.

Il est convenu avec la mère que l'enfant me sera ramené dans quelques mois, afin que j'achève la réparation du voile palatin.

DISCUSSION

M. TRÉLAT. L'opération de M. Verneuil étant de date toute récente, il ne peut nous dire quels sont les résultats fonctionnels de son opération. J'ai déjà eu l'occasion de dire plusieurs fois que chaque fois que la voûte palatine est largement fendue, il n'y a pas lieu d'espérer la récupération de la voix.— Dans le cas contraire, on est en droit de compter sur un résultat. Je suis de plus en plus convaincu de la vérité de cette distinction. — Je fus consulté, il y a deux ans, pour un jeune garçon de neuf ans dont le voile du palais était incomplétement divisé. J'examinai sa voûte palatine et je conseilllai l'opération. Je la pratiquai en m'aidant du bâillon de Smith. Quinze jours après, grâce à un dévouement et à une sévérité maternels bien rares (car pendant ces quinze jours pas un mot pas une syllabe ne furent prononcés par le malade), je pus constater un résultat parfait. — A propos du procédé opératoire, chacun, il faut le dire, cherche pour cette opération un perfectionnement que j'appellerai relatif, c'est-à-dire un procédé de commodité individuelle. — Dans une communication analogue à celle de M. Verneuil, faite il y a six ou sept ans, je défendais la cause de l'aiguille simple et ce procédé, soit employé seul, soit aidé de l'artifice de l'anse de Bérard, m'a toujours réussi. Je ne me sers pas des aiguilles tubulées chasse-fil ou porte-fil dont l'usage me semble incommode. — Je suis d'ailleurs de l'avis de M. Verneuil quant à l'utilité de passer les fils d'avant en arrière; alors seulement on voit bien ce que l'on fait et l'on entre où l'on veut. — Il y a également avantage à ne se point se servir des petites aiguilles mobiles et l'on se rappelle les moyens employés par Sédillot, tels que la plaque de caoutchouc destinée à éviter cette pénible recherche, cette sorte de pêche à l'aiguille dans l'arrière-bouche. — Je rappellerai enfin que pour l'uranoplastie, Follin avait communiqué la description d'une opération pratiquée avec M. Broca, opération dans laquelle il n'avait été possible d'en terminer que grâce à une aiguille non trempée à laquelle il fut possible de donner séance tenante la courbure considérable.

C'est vers cette époque que je conseillai l'usage d'une aiguille courbée en forme d'U, c'est-à-dire à courbure extrêmement étroite et qui, introduite par le nez, permet de passer de chaque côté le fil d'arrière en avant. Encore est-il nécessaire, pour l'accomplissement de ce temps, que le lambeau à traverser ne présente aucune obliquité. Il y a là une sorte de tour de main destiné à triompher d'assez grandes difficultés, témoins les efforts faits dans ce sens par M. Hermann, de Mulhouse, et M. Rouge. — Je continue, pour ma part, à tordre les fils dans le fond de la bouche avec l'extrémité des doigts.

Je crois que si les tubes de Galli ou les boutons ont un certain avantage pour l'ablation facile des fils, ils présentent, d'autre part, un certain inconvénient pour l'alimentation, inconvénient avec lequel il faut compter.

M. Verneuil nous a décrit les incisions libératrices non perforantes. Je ferai remarquer que Sédillot les faisait perforantes ou totales, et que, lorsqu'on opère ainsi, il se produit presque aussitôt par les orifices créés un prolapsus, une protrusion des glandules du voile du palais qui ne tarde pas à obturer l'ouverture. Je n'ai pas d'expérience du galvano-cautère pour éviter l'hémorrhagie qui se produit dans cette opération et qui peut être parfois gênante. Je me résumerai en disant que si l'on voulait passer en revue la liste des divers procédés amiliers à chaque chirurgien dans la pratique de la staphyloraphie, on serait bien longtemps avant d'en avoir terminé.

M. LE FORT. J'ai renoncé depuis longtemps aux aiguilles chasse-fil, et je me sers d'une pince dout les mors chargés de plomb fixent les aiguilles très-solidement. Je me sers des aiguilles ordinaires, et je n'ai jamais éprouvé de difficultés. Souvent du reste pour la palatoplastie un seul point de suture suffit.

M. VERNEUIL. J'attache une plus grande importance que M. Trélat aux procédés qui facilitent l'ablation des fils. Cette ablatiou au fond des cavités comme le vagin, comme l'arrière-bouche présente souvent des difficultés considérable.

Je ne partage pas non plus la répugnance de mes collègues pour les aiguilles chasse-fils. Bien que je me serve également souvent des aiguilles ordinaires, j'attribue aux aiguilles tubulées une utilité incontestable dans certains cas.

LECTURE

M. DUBREUIL, de Marseille, lit un travail sur les déviations de la colonne vertébrale.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Desprès, Dubrueil.

M. DUPLAY fait la cómmunication suivante :

Ostéite avec nécrose de la moitié externe de la clavicule. — Résection de 9 centimètres et demi de cet os. — Reproduction rapide de la partie de la clavicule enlevée, puis ostéite fongueuse et carie du nouvel os. — Un jeune homme de dix-sept ans, exerçant la profession de bijoutier, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 mars 1873.

Il y a trois ans, à l'époque du siége de Paris, il a eu une variole suivie d'abcès dans l'aisselle droite. Cet abcès était depuis longtemps cicatrisé lorsque, vers le commencement de cette année, l'épaule droite et l'aisselle sont devenues le siége de douleurs et de gonflement qui ont persisté depuis ce moment. Un abcès s'est ouvert dans l'aisselle depuis deux jours et donne issue à une quantité de pus considérable.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate un gonflement de la paroi antérieure de l'aisselle ; les creux sus et sous-claviculaires sont effacés. La moitié externe de la clavicule paraît épaissie, et les tissus qui l'entourent sont le siége d'un empâtement manifeste, et la pression à ce niveau éveille une douleur sourde.

Ces signes, joints à l'abondance et à la fétidité de la suppuration, font soupçonner immédiatement l'existence d'une lésion osseuse que je n'hésite pas à localiser dans la partie externe de la clavicule ; l'examen de l'articulation scapulo-humérale, de l'omoplate et des côtes, ne fournissant d'ailleurs que des signes négatifs.

L'exploration avec le stylet, introduit par l'ouverture placée dans l'aisselle, ne permet pas cependant d'arriver jusqu'à la partie malade. Le stylet s'enfonce de plusieurs centimètres dans la profondeur de l'aisselle, mais est bientôt arrêté par les sinuosités du trajet fistuleux.

Le 4 avril, on constate, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la clavicule et dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral, un point ramolli et fluctuant.

La sonde cannelée, introduite par la fistule de l'aisselle, arrive presque sous la peau dans le point susindiqué. Je n'hésite pas à faire une contre-ouverture à ce niveau, dans le double but de faciliter l'écoulement du pus et de me rapprocher de la partie osseuse malade. Un drain réunit ensuite les deux ouvertures.

Le 12 avril, l'ouverture pratiquée au-dessous de la clavicule est large et permet l'introduction d'une sonde cannelée qui se dirige vers la clavicule et arrive presque immédiatement sur une surface dénudée, rugueuse, qui semble correspondre à la face inférieure de l'os et vers son tiers externe.

Dès lors, le diagnostic était confirmé, et l'existence d'une ostéite avec névrose de la clavicule ne pouvait plus être mise en doute.

Quelques jours plus tard, le malade fut pris d'érysipèle qui dura jusqu'à la fin du mois.

A partir de ce moment jusqu'au commencement du mois de juin, l'état local sembla s'améliorer. Il existait seulement deux ouvertures fistuleuses, l'une dans l'aisselle, l'autre au-dessous de la clavicule, ne fournissant qu'une petite quantité de pus ; la paroi antérieure de l'aisselle n'était pas gonflée, mais on trouvait toujours l'empâtement douloureux de la région claviculaire, et le stylet introduit dans la fistule supérieure montrait que la lésion osseuse persistait sans changement.

Le 13 juin, le malade est envoyé à l'asile de Vincennes. Il rentre dans mon service le 7 juillet.

L'état général, qui laissait encore à désirer au moment du départ du malade pour Vincennes, s'est notablement amélioré, mais il n'en est pas de même de l'état local.

Deux nouveaux abcès se sont formés sur la paroi antérieure de l'aisselle, au-dessous de la clavicule ; l'empâtement correspondant à cet os a augmenté ; les douleurs sont plus vives. Le stylet, introduit par ces nouvelles fistules, arrive toujours sur la clavicule dénudée, rugueuse.

Je me décide à intervenir, me proposant d'enlever les parties malades, dont les limites ne me sont pas encore complétement connues.

Le 19 août, le malade étant endormi, une incision longitudinale d'environ 12 centimètres est pratiquée sur la face supérieure de la clavicule, à partir de l'articulation acromio-claviculaire. Cette incision arrive directement sur l'os, dont le périoste est décollé facilement eu haut et en bas, vers l'union du quart interne avec les trois quarts externes, l'adhérence du périoste permettant de soupçonner que l'on a atteint la limite interne du mal, l'os est sectionné à l'aide de la scie à chaîne. Puis le fragment externe est soulevé et, après quelques tentatives de décollement du périoste de la face inférieure, on énuclée, pour ainsi dire, d'un seul coup et sans l'aide d'instrument, la totalité de ce fragment externe, qui se détache tout d'une pièce de sa gaîne

périostique, laissant absolument intacte la gaîne capsulo-périostée de l'articulation acromio-claviculaire.

Il est impossible de réaliser plus complétement, et l'on peut dire plus plus facilement, une résection sous-périostée. On avait ainsi réséqué 9 centimètres et demi de la clavicule ; le fragment était le siége d'une ostéite, et l'on observait à sa partie externe et sur la face inférieure une cavité anfractueuse, remplie de fongosités.

Les suites de cette opération furent des plus simples, et, sauf une légère hémorrhagie survenue le lendemain, aucun accident ne vint contrarier la marche de la cicatrisation.

Dès le 2 septembre, c'est-à-dire quinze jours à peine après l'opération, on sentait manifestement sous la peau, surmontant le bord supérieur de la plaie, une bandelette dure, donnant au toucher la sensation de l'os. Cette baudelette acquit rapidement un volume plus considérable, en même temps qu'une production analogue se montrait le long de la lèvre inférieure de la plaie. Bref, vers la fin du mois de septembre, la plaie, presque linéaire et considérablement rétrécie, suivant sa longueur, était bordée en haut et en bas par une bande osseuse, reproduisant la clavicule avec ses courbures. L'os nouveau était seulement beaucoup plus volumineux. On pouvait donc se flatter d'obtenir un magnifique résultat, et ce fait paraissait devoir être considéré comme un exemple de parfaite reproduction de la clavicule par le périoste.

Cependant l'état des choses ne tarda pas à se modifier. La plaie devint fongueuse, de gros bourgeons charnus, mollasses, remplacèrent les granulations de bonne nature qui existaient auparavant ; la suppuration devint plus abondante et sanieuse. Le nouvel os augmenta de volume, s'entoura de tissus empâtés, en même temps que le fragment interne s'enflammait à son tour. Bref, il fut évident que l'os régénéré était malade à son tour, et d'ailleurs le stylet, introduit en divers points, arrivait sur des parties osseuses dénudées, friables, comme atteintes de carie.

Malgré l'emploi d'injections iodées, de pansements excitants, cet état local, loin de s'améliorer, devint de plus en plus mauvais ; les points déjà cicatrisés se rouvrirent et furent l'origine de nouveaux trajets fistuleux ; un abcès se forma vers l'extrémité interne de la clavicule, si bien que le malade se trouvait, à la fin du mois de novembre, dans un état pour ainsi dire moins bon qu'avant l'opération.

Sur ces entrefaites, et malgré mes conseils, il voulut sortir de l'hôpital et aller passer quelque temps à Vincennes, promettant de revenir plus tard. Je l'ai revu à la fin de décembre, à la consultation de

l'hôpital Saint-Antoine ; rien n'était changé dans l'état local. Malgré mes pressantes sollicitations, le malade a refusé de se soumettre à un nouveau traitement et est parti dans son pays.

Ce fait me paraît offrir un grand intérêt au point de vue des résultats déplorables fournis par la résection sous-périostée.

Il nous montre, en effet, que la conservation du périoste peut, dans certains cas, être plus nuisible qu'utile en reproduisant un os malade. Chez le jeune homme dont je viens de rapporter l'observation, rien ne peut expliquer l'altération si rapide de l'os nouvellement formé ; sa santé générale était parfaite au moment de l'opération ; aucune complication locale n'est survenue dans le cours de la cicatrisation de la plaie ; l'os s'est reproduit rapidement, mais cet os était, si je puis m'exprimer ainsi, de mauvaise qualité, parce que le périoste lui-même était malade.

Si des faits analogues se reproduisaient, ils seraient de nature à porter atteinte au principe même de la méthode des résections sous-périostées.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je demanderai à M. Duplay si, après sa première opération, il ne restait pas un fragment de clavicule malade. Sur sa réponse affirmative, je pense que cette première nécrose a pu déterminer l'affection secondaire dont il nous a entretenu.

M. TRÉLAT. Sans vouloir en rien critiquer l'opération ou le diagnostic de M. Duplay, je me demande si notre collègue a voulu prouver que, dans certains cas, la conservation du périoste de l'os nécrosé ne donne pas lieu à une conservation assurée ; ceci étant admis, je trouve sa conclusion un peu prompte. Voici en effet la situation : M. Duplay enlève une clavicule partiellement nécrosée parce qu'il y a, dans la région, un abcès ossifluent provenant évidemment d'une maladie de la clavicule. Est-ce là une nécrose limitée ? Non, sans doute, c'est une nécrose précédée par une périostite qui, temporairement, a donné lieu à la formation d'un commencement d'ossification nouvelle, commencement d'ossification évident pour moi, malgré l'avis contraire de M. Duplay et expliquant du reste parfaitement le détachement si facile de l'os malade.

L'os enlevé, on constate au bout de quinze jours un début de régénération. L'os de nouvelle formation est malade à son tour, et donne lieu à la formation de nouveaux abcès. Je ne déduirai de cette série de faits que la conclusion suivante, et je dirai : J'ai traité un

malade atteint d'ostéo-périostite suivie de nécrose, et l'ablation du séquestre n'a pas suffi pour arrêter le travail morbide. Ces cas, du reste ne sont pas communs, mais ils ne sont pas absolument rares, et ils expliquent bien l'impuissance fréquente de la thérapeutique chirurgicale, si efficace, au contraire, dans les cas de séquestres invaginés.

M. DESPRÈS. Je ferai observer que mes idées coïncident avec celles de M. Trélat. Le point de départ seul diffère, pour lui c'est une ostéo-périostite progressive. Pour moi c'est la nécrose primitive d'un fragment de la clavicule, qui est la cause de la continuation du mal.

M. FORGET. Je regrette que M. Duplay ait négligé de nous parler de la constitution de l'état général de son sujet. On ne peut, en effet, localiser à ce point des désordres analogues à ceux qu'il nous a décrits, et j'aurais voulu qu'il nous dît s'il y avait ou s'il n'y avait pas lieu de rattacher l'affection de son malade à la scrofule, à la syphilis, ou à une autre cause interne.

M. DUPLAY. J'ai fait remarquer au début de mon observation que l'étiologie chez mon malade était fort obscure. Il aurait eu, en effet, deux ans avant les accidents qui l'amenaient à l'hôpital, une variole suivie d'un abcès. Puis plus rien. Y a-t-il une corrélation à établir entre ces faits, c'est ce qu'il m'est impossible de faire. Je répondrai à M. Trélat que je suis très-heureux d'avoir provoqué son intéressante argumentation ; mais que, loin de vouloir prouver quelque chose, c'est une question que j'adresse. Je demande si, étant donné un os malade il faut toujours l'enlever par la méthode souspériostée, et, une périostite étant donnée à quelle époque il faut l'attaquer. Le fait est patent. Dans le cas que j'ai relaté, l'opération a été plus préjudiciable qu'utile, et l'ablation de l'os étant décidée, il eût mieux valu enlever le périoste que de le laisser. Or étant donnés les principes d'intervention de la méthode sous-périostée, je demande quand il sera nécessaire d'intervenir.

M. VERNEUIL. Le fait de M. Duplay est extrêmement intéressant ; peut-être en pourra-t-on rassembler d'analogues ; mais, tout curieux qu'il soit, il ne me paraît pas de nature à changer les préceptes admis. La conservation du périoste a donné de si beaux résultats qu'on ne doit point y renoncer pour un échec. Le cas cité par notre collègue est absolument insolite. Il s'est passé là, sans que je veuille établir, au point de vue de l'étiologie, la moindre corrélation, un phénomène qui rappelle le développement de la nécrose phosphorée, dont la marche sans cesse envahissante ne recule point devant les opérations. La récidive observée doit être sans nul doute attribuée à l'état général du malade. Aussi n'est-ce point la conservation du périoste

qu'il faut incriminer, et lorsque M. Duplay se demande s'il n'eût pas mieux fait d'enlever tout, os et périoste, je ne pense pas qu'en faisant ainsi il eût obtenu un meilleur résultat.

M. MARJOLIN. Je crois qu'il faut distingner dans l'ostéo-périostite des périodes bien tranchées. Dans la forme franche, il ne faut pas hésiter à pratiquer de larges débridements, des drainages, etc.

Je ferai remarquer que, contrairement à l'opinion de M. Trélat, à savoir que, dans l'ostéo-périostite, le périoste est difficile à décoller, j'ai fréquemment observé le contraire. Dans tous les cas il ne faut pas se presser de faire des résections avant d'avoir constaté que toute l'épaisseur de l'os est malade. Autrement on a affaire à une couche nécrosée d'une très-petite épaisseur, et c'est dans ces cas que l'on se trouve en butte à des difficultés dont l'importance est nulle quand il s'agit de séquestres invaginés.

M. GUÉRIN. La communication que je viens de faire à la société appartient au même ordre d'idées que celle de M. Duplay : elle se relie à l'utilité absolue de la conservation du périoste dans les résections.

Aussi a-t-on été surpris à une certaine époque de voir un chirurgien réclamer pour lui-même la méthode sous-périostée, alors que l'idée de la conservation du périoste était dans l'esprit de chacun.

Je me hâte d'ajouter que, tout en cherchant à opérer cette conservation nous nous y prenions mal, et que les procédés de M. Ollier ont, par leur valeur incontestable, donné à la méthode une immense impulsion. En effet, il nous arrivait d'obtenir des résultats analogues à celui que j'ai présenté ici dans la personne d'un malade sur lequel on constatait en même temps un excellent résultat au point de vue de la conservation de la force musculaire et de la mobilité, mais aussi une saillie osseuse considérable comprimant l'artère humérale à ce point que l'intégrité de celle-ci restait un problème. C'était un excellent résultat au point de vue absolu, une conservation mal faite au point de vue de la méthode opératoire. M. Ollier nous a appris qu'il fallait conserver les insertions musculaires avec le périoste, préserver, en un mot, la capsule ostéo-périostée.

Le malade que je vais présenter à la société souffrait depuis longtemps d'une affection du cœur; aussi, lorsqu'il entra dans mon service pour un énorme abcès du coude, hésitai-je à l'opérer, à cause de sa faiblesse extrême. L'œdème du bras dénotait une ostéite et une périostite remontant jusqu'aux insertions deltoïdiennes; je dirai à ce propos que, lorsque je ne suis pas absolument convaincu que la périostite n'a pas dépassé les insertions musculaires, je suis à peu près

certain qu'elle a respecté ces limites, à cause de l'épaississement considérable du périoste à cet endroit.

L'avant-bras me paraissait beaucoup moins gravement atteint. Je pratiquai l'ouverture de l'abcès et, après avoir reconnu que l'articulation était absolument malade, je fis la résection par l'incision longitudinale. Je ruginai, je détachai le périoste avec le plus grand soin, et je pus conserver une capsule en tout continue avec elle-même. J'appliquai le pansement ouaté. Au bout de dix jours, le malade put se lever, et la guérison ne se fit pas attendre. Vous pouvez constater, du reste, la parfaite conservation de la force et de la mobilité, et, bien qu'il fût difficile à ce jeune homme de faire de l'escrime ou de la gymnastique, il peut faire exécuter à son membre tous les mouvements nécessaires aux besoins de la vie et à un travail modéré. Vous pouvez constater la saillie de l'épitrochlée dont le volume est même exagéré, en même temps que la présence de l'olécrâne. Il y a donc eu réparation complète.

J'ai enlevé à ce malade en tout 14 c. d'os, me limitant en haut aux empreintes deltoïdiennes, en bas à l'union des épiphyses du radius et du cubitus avec leurs diaphyses. Sur ces 14 c., 11 se sont reproduits entièrement. Je dois ajouter que, dans mon opinion, le pansement ouaté a eu une très-grande influence sur la guérison rapide de ce malade. Il a empêché que le pus sécrété ne fût de mauvaise nature, il a fait que la plaie n'a pas été malade un instant. Aussi, dans ces cas, la régénération est-elle très-rapide. Il est malheureusement impossible, dans certains cas (et celui de M. Duplay est du nombre), d'employer le pansement ouaté. C'est ainsi que j'ai dû le proscrire dans tous les cas de plaie intéressant le thorax.

J'ai pensé que la société verrait avec intérêt le résultat que je lui présente, et j'ai tenu en même temps à rendre hommage au progrès qui permettent de réaliser les beaux travaux de M. Ollier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. POLAILLON présente trois pièces anatomiques recueillies dans son service.

Rétention d'urine produite chez un fœtus par une valvule. — Cette valvule, située à la réunion de la portion membraneuse et de la portion pénienne de l'urèthre, est formée par la muqueuse uréthrale et ressemble à un diaphragme assez résistant, percé à sa partie supérieure d'un très-petit orifice à travers lequel une certaine quantité d'urine pourrait passer.

Les urines, en s'accumulant derrière cet obstacle, ont distendu outre mesure la vessie, l'ouraque et les uretères. La vessie se confond à son sommet avec l'ouraque, qui forme comme une poche vésicale supplémentaire. La face extérieure de l'ouraque est rugueuse et adhère en avant à la paroi abdominale. La face interne est lisse et polie. Les parois sont épaisses, denses, comme fibreuses. Les dimensions de la poche formée par l'ouraque sont de 6 centimètres en longueur et de 5 centimètres en largeur. La jonction entre la véritable vessie et cette vessie supplémentaire présente un léger étranglement. La face interne de la vessie possède des colonnes charnues très-accusées, et son aspect rugueux contraste nettement avec l'aspect lisse et poli de l'ouraque. Le sommet de l'ouraque dilaté aboutit à l'anneau ombilical, mais ce canal ne pénètre point dans l'intérieur du cordon. Les uretères sont énormément distendus ; ils présentent le diamètre d'un intestin d'adulte et sont contournés sur eux-mêmes. Les reins sont atrophiés et portent de nombreux kystes. L'urine contenue dans tous ces organes était sanguinolente et épaisse.

A 8 centimètres de l'ombilic, le cordon porte une poche kystique du volume d'un petit œuf de poule, renfermant 30 grammes environ d'un liquide jaunâtre, légèrement trouble et visqueux. La pression ne fait pas refluer ce liquide à travers le cordon dans l'ouraque dilaté. Ce liquide, analysé par M. Byasson, contient de l'urée et paraît être de l'urine altérée.

L'enfant qui porte ces lésions est venu au monde dans un état de mort imminente : sa respiration était saccadée et incomplète ; sa peau froide et cyanosée ; les battements de son cœur étaient réguliers, mais faibles et ralentis. Son poids était de 2,100 grammes. La peau de son ventre était ridée comme celle d'une femme qui a eu plusieurs grossesses. Dans l'intérieur de l'abdomen, en arrière de l'ombilic, nous avons senti une tumeur de consistance ferme et sans fluctuation. Nous avons pu penser à un déplacement du foie. Comme l'enfant avait mouillé ses langes, notre attention ne s'est pas portée du côté d'un obstacle à l'émission des urines. Malgré les soins qui ont été donnés à cet enfant, il est mort au bout de quelques heures.

Je pense que, chez cet enfant, la valvule uréthrale a été imperforée pendant les premiers temps de sa formation, et que l'urine, en s'accumulant dans le réservoir vésical et dans l'ouraque, a dilaté ces organes et, par suite, la paroi abdominale beaucoup plus que nous ne pouvons le constater sur ces pièces. Je pense, en outre, que, sous l'influence de la poussée de l'urine, la valvule s'est rompue dans le point où nous constatons aujourd'hui une petite ouverture à sa sur-

face. Cette rupture, effectuée à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, a permis au fœtus d'uriner par regorgement. Comme preuve de la déplétion progressive du réservoir urinaire, je signalerai l'aspect flasque et ridé des parois abdominales qui, certainement, ont été beaucoup plus distendues que nous ne le voyons actuellement ; et comme preuve des efforts que ce fœtus devait faire pour faire passer les urines à travers un étroit pertuis, je signalerai l'hypertrophie de la tunique musculaire de la vessie, hypertrophie qui est tout à fait analogue à celle de la vessie des vieillards qui ont un obtacle à l'émission des urines.

Si cet enfant avait vécu, on se serait bien vite aperçu de sa difficulté à uriner, et j'aurais sans doute pu détruire l'obstacle à l'aide d'une sonde poussée avec un peu de force. Le cours des urines une fois rétabli, il est probable que la chute du cordon se serait effectuée sans ouvrir la cavité de l'ouraque et, par suite, sans produire une fistule urinaire ombilicale.

Myôme situé au niveau du col de l'utérus chez une femme morte à la suite de couches. — Ce myôme, du volume d'une grosse orange, a permis à la grossesse d'arriver sans accident jusqu'à son terme. Au moment du travail, la sage-femme chez laquelle la femme en question était allé faire ses couches, toucha le myôme, qui se présentait à l'orifice du col, et, au bout de deux jours, croyant à une présentation vicieuse, envoya sa malade à la maternité de Cochin.

Arrivée dans cet établissement, on ne trouva rien d'anormal : la dilatation était complète ; le sommet se présentait, et bientôt la femme accoucha naturellement d'un enfant mort et en état de putréfaction. Au bout de six jours, la femme succomba à une métro-péritonite suppurée, et, à l'autopsie, je fus très-étonné de trouver le myôme que je présente. Je suis d'avis que ce myôme, inséré sur le col, a rendu la dilatation de cet orifice longue et pénible ; comme il se présentait à l'orifice du col, il a d'abord donné lieu à une erreur de diagnostic au sujet de la présentation ; puis, peu à peu le col se dilatant, le corps fibreux s'est logé dans une des fosses iliaques, et l'accouchement s'est terminé naturellement.

Je ferai remarquer que cette femme était prédisposée à la métropéritonite par la présence même de sa tumeur, qui est ramollie et enflammée, par les nombreuses manœuvres de toucher dont elle a été l'objet, manœuvres qui avaient pour but de reconnaître une présentatiou que l'on croyait vicieuse, et qui ont eu pour résultat de rompre

les membranes, de faire entrer de l'air dans la cavité utérine et d'occasionner la putréfaction du fœtus déjà mort.

DISCUSSION

M. DEPAUL. Je regrette vivement que les communications si intéressantes de M. Polaillon aient été faites à une heure aussi rapprochée de la clôture de la séance.

Le cas de l'enfant à la rétention d'urine m'a vivement intéressé, et je ne sais si M. Polaillon a connaissance d'un mémoire que j'ai publié sur des faits de ce genre. Il paraît démontré que dans ces cas la rétention persiste un certain temps, puis triomphe des obstacles et qu'il y a mélange intime de l'urine du fœtus avec le liquide amniotique. Aussi eût-il été fort intéressant d'avoir l'analyse quantitative et qualitative du liquide de l'amnios. Quant au corps fibreux de l'utérus, on ne saurait lui refuser une grande importance dans le rôle qu'il a joué au point de vue de la dystocie d'abord, des accidents puerpéraux ensuite. Je constate ce fait capital pour moi. Le corps fibreux était ramolli à son centre et recouvert par une couche extrêmement mince du tissu utérin. De là à une énucléation spontanée au moment de l'accouchement il n'y a qu'un pas. Or j'ai présenté des cas de corps fibreux énucléés de la sorte. Je reviens sur le fait du ramollissement du corps fibreux présenté par M. Polaillon, et ce fait confirme l'opinion bien arrêtée que je professe sur l'hypertrophie des corps fibreux durant la grossesse et sur leur atrophie consécutive à l'accouchement. J'ai dans ce moment, à la Clinique, une femme enceinte présentant un corps fibreux disposé de telle sorte qu'il m'est facile de l'isoler et de constater son accroissement progressif. Cette femme ne tardera pas à accoucher, et j'espère que son corps fibreux, grâce à son élévation, ne mettra pas d'obstacle à son heureuse délivrance. La gravité des corps fibreux relative à la dystocie dépend, en effet, de leur siége et dans le cas présenté par M. Polaillon, il a fallu que la dilatation du col se fît presque uniquement aux dépens de la lèvre postérieure.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT GERMAIN.

SÉANCE DU 4 MARS 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *Les Archives générales de médecine et de chirurgie.* — *La France médicale.* — *Le Progrès médical.* — *Le Mouvement médical.* — *Le Bulletin général de thérapeutique.* — *La Tribune médicale.* — *La Gazette de Joulin.* — *La Gazette médicale de Strasbourg.* — *Le Bordeaux médical.* — *La Gazette médicale.* — *Le Lyon médical.* — *Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.* — *Le Bulletin médical du nord de la France.* — *La Saison d'hiver aux thermes de Dax.*

RAPPORT

M. DE SAINT-GERMAIN lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Krishaber :

Cas de mort subite trois mois après la trachéotomie. — Chargé par la société d'un rapport sur le travail de M. Krishaber, relatif à un cas de mort subite chez un enfant opéré de la trachéotomie depuis trois mois, j'ai accepté cette tâche avec d'autant plus d'empressement que j'ai pratiqué moi-même l'opération, et que j'ai pu suivre le malade durant les quelques jours qui ont suivi mon intervention.

Je ne reviendrai pas sur les détails qui précédèrent l'opération, je relève seulement, comme tout particuliers, les faits signalés par M. Krishaber, à savoir : absence de fausses membranes caractéristiques et conservation intégrale de la voix.

Lorsque je fus appelé avec mon collègue et ami le docteur Peter, je constatai chez le petit malade une légère cyanose des muqueuses, une pâleur très-accentuée de la face et surtout un tirage des plus

marqués, caractérisé par une dépression sus-sternale bien nette, et un enfoncement sous-costal très-accentué à chaque inspiration. Que ce fut pour une cause ou pour une autre, l'enfant asphyxiait et l'obstacle semblait manifestement siéger au niveau du larynx. Nous tînmes conseil, et la trachéotomie ayant été jugée indiquée à l'unanimité, j'opérai.

J'ouvris la trachée très-rapidement, et nous ne constatâmes point l'issue de fausses membranes par l'orifice que je venais de créer.

Aussitôt après l'enfant semble absolument soulagé; il n'a point de fièvre et se remet au bout de peu de jours. Un incident se produit pourtant.

Il est impossible à l'enfant de se passer de sa canule; et ce n'est qu'après un certain nombre de tâtonnements et surtout après l'usage peu prolongé cependant de la canule de Broca que l'on peut laisser l'enfant livré à lui-même.

Suit alors une série d'alternatives fort importantes entre la respiration calme, et une dyspnée presque complète et surtout un contraste frappant entre les journées, qui sont relativement calmes, et les nuits qui ne se passent jamais sans un cornage très-accentué, des réveils en sursaut avec dyspnée et tirage prononcé.

Nous sommes arrivés au cinquante-sixième jour de l'opération. Depuis cette époque jusqu'au quatre-vingt-huitième jour, une accalmie survient et les troubles cessent brusquement.

Le 19 décembre, quatre-vingt-huitième jour de l'opération, le calme cesse à son tour, et l'intermittence entre le repos et l'agitation devient nulle. La moindre émotion donne lieu à des craintes d'asphyxie imminente, et bien que la voix conserve toute sa pureté, bien que le petit malade joue avec son entrain habituel, la respiration reste constamment difficile.

M. Krishaber est mandé le 22 décembre. Il se rend près du petit malade avec le docteur Peter, et tous deux constatent chez l'enfant une gaîté très-grande, mais un cornage très-accentué. Il répond aux questions d'une voix sonore et bien timbrée. Ces messieurs veulent examiner la région antérieure du cou, et engagent la mère à déshabiller l'enfant. L'enfant se débat, on insiste, il lutte. Tout à coup il s'affaisse sur lui-même et meurt *sous les yeux des médecins* restés à distance.

Le lendemain, M. Krishaber est autorisé à enlever le larynx et la trachée, et constate au point où la section avait porté une végétation polypiforme de la grosseur d'un pois, pourvue d'un pédicule très-court et présentant l'aspect d'un polype papillaire muriforme. Le la-

rynx est absolument indemne de lésion. La tumeur soumise au microscope ne révèle point de caractères distinctifs bien nets.

D'après M. Ranvier, on peut admettre que cette production n'est autre chose qu'un amas de gros bourgeons charnus semblables à ceux qui se développent autour des sétons, des tubes à drainage, etc. Mais l'examen histologique ne se refuse pas non plus, toujours d'après M. Ranvier, à l'hypothèse d'un polype papillaire revêtu d'épithélium qui, sous l'influence de la laryngite traumatique, aurait pris les caractères de bourgeons charnus.

C'est entre ces deux hypothèses que M. Krishaber balance. Tout d'abord il croit à un développement de bourgeons charnus sur la cicatrice; puis son opinion se modifie, et s'appuyant sur la forme pédiculée, conique, sur son aspect muriforme, il croit à un polype trachéal préexistant à l'opération.

Cette opinion est basée en outre sur la toux saccadée et sèche datant de fort loin, et sur un accès de suffocation signalé chez l'enfant, sans qu'on pût le justifier par rien, sur l'absence de fausses membranes, au moment de l'opération, et enfin sur l'intermittence bien nette des accidents dans les trois mois qui suivent la trachéotomie, intermittence qui s'accorderait avec les phénomènes observés jusqu'ici sur les malades atteints de polypes des voies aériennes et reconnaîtrait deux facteurs : 1° l'irritation inflammatoire qui boursoufle la muqueuse; 2° le spasme de la glotte sollicité par l'irritation inflammatoire elle-même.

A l'appui de cette hypothèse, M. Krishaber cite cinquante-neuf observations de polypes des voies aériennes faites par différents auteurs; mais après les avoir toutes dépouillées et scrutées autant que possible, il n'en signale pas une seule de polype exclusivement limité à la trachée avec intégrité du larynx.

Au moment où M. Krishaber écrivait son mémoire il ignorait absolument l'existence d'une observation de M. Gigon, d'Angoulême, qui a réclamé la priorité, et a en effet publié en 1862, dans l'*Union médicale,* une observation fort curieuse de trachéotomie pratiquée deux fois sur le même enfant à un mois de distance. La première fois pour un croup, la seconde pour des végétations polypiformes développées dit M. Gigon, dans la trachée sur la cicatrice de la première opération.

En résumé, je suis fort embarrassé pour conclure entre le polype préexistant et le bourgeon consécutif. Les raisons pour l'une et pour l'autre hypothèse ne manquent pas. Le microscope ne conclut pas davantage. Si cependant j'étais absolument forcé de me prononcer,

voici comment je raisonnerais : Évidemment le petit malade que j'ai opéré asphyxiait. Évidemment aussi il n'avait pas le croup. Pourquoi longtemps avant l'opération a-t-il eu la toux sèche et saccadée? Pourquoi cet accès de suffocation? Ces phénomènes cessent pendant qu'il porte la canule, se reproduisent dès qu'il la quitte. Quelle cause a pu déterminer ces troubles avant et après, avec la même irrégularité, si ce n'est la présence de cette excroissance que l'on recueille après la mort? Un bourgeon sur la cicatrice ; mais si ce bourgeon est consécutif à l'opération, il ne peut expliquer les troubles antérieurs à elle ; et puis si ces bourgeons se produisent avec cette facilité, on aurait observé à la suite des cas de trachéotomie guéris, et ils sont dans la proportion d'un sur quatre, un grand nombre ou du moins un certain nombre de faits analogues à celui de M. Krishaber.

Je le répète donc, je suis très-tenté de pencher du côté du polype trachéal, et je m'y décide. Le travail de M. Krishaber aurait du reste beaucoup moins d'intérêt qu'il n'en offre réellement s'il se bornait à sa discussion de cette production et si l'auteur ne terminait son mémoire par des conclusions qui m'ont semblé fort importantes. On pourra désormais, dit M. Krishaber, établir avec certitude le diagnostic d'un obstacle apporté à la respiration par une lésion matérielle dont le siége est circonscrit très-exactement entre l'orifice inférieur et l'orifice laryngé d'une canule munie de trois orifices.

Si en effet, sur un enfant ou sur un adulte trachéotomisé et muni de la canule à trois orifices, laryngé, antérieur et trachéal, la respiration a lieu librement, l'orifice antérieur étant bouché, et si, la canule enlevée, il se produit chez le malade de la dyspnée, on doit nécessairement conclure à un obstacle trachéal et non laryngé qui, déprimé par la canule en place, laisse à l'air un libre accès et lui fait, au contraire, obstacle dès qu'il a repris sa position.

Si, au contraire, l'orifice antérieur étant bouché, la respiration ne peut s'établir par les orifices trachéal et laryngé, l'obstacle siége évidemment dans le larynx.

Cette possibilité de localiser facilement le siége de l'obstacle m'a paru d'une grande importance. Aussi ne puis-je que m'associer à la conclusion intime de M. Krishaber, conclusion ainsi formulée :

Il est nécessaire de maintenir la canule après la trachéotomie, tant que les troubles respiratoires persistent même à l'état intermittent.

En résumé, le travail de M. Krishaber m'a paru des plus intéressants au triple point de vue : 1° de l'observation exacte et rigou-

reuse de faits anormaux et, par cela même, fort importants à signaler; 2° de la discussion impartiale entre deux hypothèses également possibles à soutenir ; 3° de l'établissement de conclusions essentiellement pratiques sur la conduite à tenir après la trachéotomie.

Aussi ai-je l'honneur de proposer à la société :

1° De renvoyer le travail de M. Krishaber au comité de publication ;

2° D'inscrire en rang honorable M. Krishaber, au nombre des candidats à la place de membre titulaire.

La société vote sur les conclusions du rapport et décide que le mémoire de M. Krishaber sera renvoyé au comité de publication, et le rapport de M. de Saint-Germain inséré au *Bulletin.*

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je ne ferai qu'une observation. La tumeur trachéale repose justement sur la cicatrice.

M. VERNEUIL. J'ai eu occasion de voir la pièce peu de temps après la mort de l'enfant trachéotomisé, et je ne puis m'empêcher de lui reconnaître tous les caractères d'un papillome. Sans doute il est singulier que, par un curieux hasard, cette petite tumeur se soit trouvée siéger sur la cicatrice; ce qui explique la tendance que l'on pourrait avoir à la ranger parmi les tumeurs verruqueuses cicatricielles; mais, d'autre part, je ne trouve rien à objecter à l'argumentation de M. de Saint-Germain, relativement à l'antériorité des accidents de suffocation par rapport à l'opération. Je sais qu'on a entendu dire, que l'on a répété, qu'à la suite de la trachéotomie de gros bourgeons charnus avaient pu être constatés à la surface interne de la trachée et au niveau de l'incision; mais ce sont des on-dit, et aucune observation n'a été publiée sur ce sujet.

M. BLOT. Je suis absolument de l'avis de M. Verneuil, et il m'est complétement impossible de comprendre la préexistence des accidents à l'opération sans admettre le polype trachéal; l'hypothèse des bourgeons consécutifs n'explique rien à cet égard : aussi trouvé-je indiscutables les motifs donnés par le rapporteur.

M. LE FORT. Je ne serai point aussi affirmatif que MM. Verneuil et Blot, et je conserve quelques doutes sur la nature de cette petite tumeur. Aussi voudrais-je être fixé sur le volume qu'elle présentait à l'état frais : pouvait-elle, par sa situation et par son volume, obturer complétement la glotte et déterminer un accès de suffocation subit?

c'est ce qu'il serait important de déterminer. M. Delore, à la suite d'une des dernières séances, me citait justement un cas dans lequel il avait observé des accidents les plus graves survenus par suite du développement de bourgeons charnus sur une plaie trachéale. Aussi ferai-je mes réserves.

M. TRÉLAT. Je ne suis pas non plus absolument convaincu de l'existence d'un papillome. On peut du reste ne point s'entendre micrographiquement sur ce mot, et je ne trouve pas l'examen de M. Ranvier très-explicite. Je ferai remarquer que, chez certains malades atteints de rétrécissement de la trachée, on observe, bien qu'il y ait à proprement parler une non-interruption des voies aériennes, des accès d'étouffement considérables, une anxiété, une terreur inexprimables et parfois un accès de suffocation mortel. Quant à l'existence de ces bourgeons charnus intra-trachéaux, je signalerai au point de vue de leur formation, et par analogie les faits cités dans l'excellente thèse de M. Coyne, notamment la description et l'évolution des papilles situées près de la corde vocale inférieure.

M. GUYON. Je crois que, relativement au volume que pouvait avoir le polype décrit par M. Krishaber, il serait dangereux d'établir une corrélation entre le volume des corps étrangers intra-trachéaux et la violence des accès de suffocation qu'ils déterminent. Rien n'est plus fréquent que de voir, en effet, des corps volumineux des fragments de carotte, par exemple, ne déterminer que des troubles peu graves ; des corps très-petits, au contraire, tels qu'un petit fragment d'écorce d'amande, un grain de raisin, une mie de pain, causer des étouffements très-graves. En somme, je suis de l'avis du rapporteur, et je crois à la préexistence du polype.

M. BLOT. J'insiste à mon tour sur le spasme considérable que déterminent souvent les corps les plus inoffensifs en apparence, et je partage absolument l'avis de M. Guyon, quant au polype.

M. TILLAUX. Je trouve les arguments du rapporteur irréfutables, et je tiens grand compte, pour établir le diagnostic du polype, de sa forme franchement pédiculée. Ce n'est pas, en effet, la forme que présentent les bourgeons charnus développés sur les cicatrices. J'ai eu occasion d'observer sur une femme qui s'était coupé la gorge, une petite tumeur, de la grosseur d'une petite noisette, au niveau de la corde vocale supérieure. Cette tumeur, qui cède à des cautérisations répétées, n'avait point la base pédiculée des papillomes.

M. LE FORT. Je persiste à croire que des bourgeons charnus, même de forme pédiculée, peuvent se développer après la trachéotomie à la surface interne de l'organe; et je ne me trouve pas suffisamment

éclairé par les faits pour admettre que la tumeur en question n'appartient pas à cet ordre de production.

M. FORGET. Je crois à un polype préexistant à l'opération et ce qui me ferait rejeter l'hypothèse des bourgeons consécutifs, c'est la rareté extrême de phénomènes analogues observés à la suite des trachéotomies guéries dont le nombre est relativement très-considérable. On n'a cité jusqu'à présent aucun fait de bourgeons charnus ayant donné lieu à l'accident signalé dans le cas actuel.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je ne voudrais pas être trop affirmatif et surtout plus affirmatif que M. Krishaber. Après mûr examen, je crois devoir, pour les raisons que j'ai données, croire à un polype préexistant plutôt qu'à un bourgeon consécutif; mais ce n'est pas là, pour moi, une évidence absolue, d'autant plus que j'ai entendu, vaguement il est vrai, parler à l'hôpital des Enfants de productions bourgeonnantes développées sur la cicatrice de la trachéotomie.

M. PANAS. Il me semble qu'un moyen d'investigation trancherait la difficulté bien mieux que le microscope. Ce moyen serait d'examiner avec soin à quel élément adhère le pédicule de la tumeur, — à la cicatrice ou à la muqueuse? Dans le premier cas, ce serait un bourgeon charnu; dans le second, une tumeur préexistante à l'opération.

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN lit la communication suivante :

Opération de laryngo-trachéotomie, à l'aide du cautère actuel. — Lorsque l'année dernière je présentai à la société un nouveau procédé de laryngo-trachéotomie par le cautère actuel, je répondis aux objections qui me furent faites, que je me proposais de continuer mes expériences sur le sujet, et d'informer la société de leur résultat. Je me trouve aujourd'hui en position non-seulement d'exposer ce résultat, mais encore d'apporter l'observation d'une laryngo-trachéotomie pratiquée dans mon service sur un enfant de trois ans, à l'aide du cautère actuel. On s'en souvient peut-être; le procédé que j'avais expérimenté sur un certain nombre de chiens consistait dans l'introduction d'un petit cautère dans le larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne et dans la divulsion brusque de ce petit orifice par le dilatateur de Laborde. Considérant, d'une part, que le larynx de ces animaux sacrifiés au bout de douze jours présentait à la nécropsie des traces non équivoques de la cautérisation, d'autre part que le larynx, la trachée et par suite la membrane crico-thyroï-

dienne ont chez le chien même de taille exiguë des propositions beaucoup plus considérables que chez l'enfant, je résolus de diminuer notablement les proportions de mon cautère et de borner mes expériences à des cadavres d'enfants de différents âges. Je ne tardai pas à me convaincre de la sorte que la ponction, suivie de la divulsion, permettrait difficilement sur le vivant l'introduction d'une canule ordinaire, et combinant la laryngo-trachéotomie par ignipuncture avec le procédé décrit dans ces derniers temps par MM. De Ranse et Muron, je m'arrêtai au programme suivant :

1° Introduction dans le larynx par la membrane crico-thyroïdienne d'un bistouri mince et boutonné porté au rouge cerise ;

2° Section à l'aide du même bistouri resté dans la plaie, du cartilage cricoïde et d'un ou de deux anneaux de la trachée.

Convaincu de la possibilité d'une semblable opération, et persuadé de l'impossibilité de rester en route, puisque, le cas échéant, il devait être facile en cas d'insuccès de terminer par la méthode ordinaire, j'attendis patiemment que l'occasion se présentât d'expérimenter ce procédé sur un enfant vivant. Cette occasion se présenta le 24 février 1874, et c'est cette observation que j'ai l'honneur de vous communiquer.

Un jeune garçon âgé de trois ans entra dans mon service au mois de janvier dernier, pour un double pied bot *varus equin* du second degré. Cet enfant, d'une constitution moyenne, ne présentait comme antécédents rien de particulier à signaler.

Sachant par expérience l'intérêt considérable qu'ont les malades à être opérés en deux temps lorsque, dans le *varus equin*, il y a rétraction de l'aponévrose plantaire, je consacrai une première séance à la section sous-cutanée de l'aponévrose de chaque côté; je pus ainsi dérouler les pieds avec une assez grande facilité, et je remis à huitaine la section des deux tendons d'Achille.

Quatre jours après cette première ténotomie, l'enfant eut la rougeole ; cette affection fut suivie d'une bronchite très-intense ; il était à peu près remis, et nous nous disposions à en finir avec cette ténotomie définitive, lorsqu'il présenta les signes non équivoques d'une angine diphthéritique.

Des plaques grisâtres pseudo-membraneuses se montrèrent d'abord sur l'amygdale droite, puis sur l'amygdale gauche, et enfin, le 23 février au soir, la voix se perdit presque complétement, et la toux devint manifestement croupale. Le 24 au matin je constatai chez lui un tirage très-accentué, mais point de cyanose, et je pensai que l'intervention chirurgicale serait indiquée dans la journée. Je n'ai pas

besoin de dire que depuis le début de l'angine le traitement ordinaire (vomitifs, collutoires, etc.) avait été employé : je revins voir l'enfant à quatre heures du soir ; le tirage était beaucoup plus considérable ; les dépressions sus-claviculaire et sous-costale bien plus accentuées à chaque inspiration; les lèvres étaient légèrement cyanosées; toute temporisation devenait dangereuse; je pratiquai donc séance tenante la trachéotomie, assisté de MM. Dulac et Hirtz, mes deux internes, et de plusieurs de leurs collègues de l'hôpital des Enfants. Voici comment je procédai :

L'enfant fut placé sur une table recouverte d'un petit matelas, les épaules appuyées sur une sorte de traversin que, sur les conseils de mon collègue le docteur Archambaud, j'avais construit à l'aide d'un oreiller ordinaire fortement ficelé sur une bouteille vide placée à son centre. Les bras et les jambes solidement maintenus, un aide renversa fortement la tête du patient en arrière de façon à faire saillir le plus possible le larynx. Je me plaçai à la droite du malade, et après, avoir aussi exactement que possible, déterminé le point correspondant à la membrane crico-thyroïdienne, je saisis fortement le larynx de l'enfant entre le pouce et le médius et je l'appuyai vigoureusement sur les parties profondes. Cette manœuvre a pour avantages d'isoler absolument le larynx ; de l'immobiliser complétement, et de tendre la peau qui le recouvre. (Disons en passant que l'immobilisation du larynx pendant un temps relativement fort long n'a point les dangers qu'on lui a attribués. J'ai pu, dans les expériences que j'ai faites sur les enfants, immobiliser sans danger le larynx pendant un temps dix fois plus long que celui qui est nécessaire pour la trachéotomie). Le larynx une fois fixé, je saisis le petit bistouri boutonné ou plutôt mousse, qui se trouve dans toutes les boîtes à trachéotomie, porté au rouge cerise à l'aide de la lampe dite d'émailleur, et je l'enfonçai lentement, perpendiculairement, et le tranchant en bas, au point que j'avais déterminé, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde. La pénétration fut très-facile ; et une sensation très-nette de résistance vaincue m'apprit que j'avais traversé la membrane crico-thyroïdienne. Aussitôt, sans faire sortir mon bistouri, je divisai à l'aide de son tranchant, le cartilage cricoïde et un anneau de la trachée, puis je retirai ma lame. Nous pûmes alors constater l'existence d'une plaie parfaitement nette ne donnant point de sang et présentant dans sa partie la plus profonde un sillon noir qui n'était autre chose que la plaie laryngo-trachéale. Notons que le bruit caractéristique de l'entrée de l'air ne s'était pas fait entendre.

Le dilatateur à deux branches fut aussitôt introduit, et le sifflement se manifesta. L'enfant respirait facilement; nous prîmes notre temps pour l'introduction de la canule, qui se fit avec la plus grande facilité. Ici un incident se présenta : la canule, quoique bien dans la trachée, ne fonctionnait pas; nous la retirâmes, et aussitôt une énorme fausse membrane, qui bouchait l'orifice intérieur, fut expulsée. Nous réintroduisîmes la canule et la fixâmes par les procédés ordinaires. (Dans cette série de manœuvres, l'enfant a perdu en tout la valeur d'une demi-cuillerée à café de sang). L'enfant est reporté dans son lit, entouré de boules d'eau chaude et surveillé avec le plus grand soin.

Le 25 au matin. Je le trouve dans un état très-satisfaisant. Point de fièvre. Il a mangé avec appétit. Quelques fausses membranes ont été expulsées.

Le 26, même état. Je remarque cependant que la sécrétion par la canule est très-abondante et très-diffluente. La fièvre est nulle. L'appétit satisfaisant.

Le 27. Je retire la canule et l'enfant peut rester livré à lui-même durant cinq minutes environ. Nous profitons de ce moment pour examiner la plaie. Elle ressemble en tout point aux plaies de trachéotomie faite par les procédés ordinaires.

Malheureusement la diphthérie continue; les bords sont grisâtres, et un œdème assez considérable règne tout autour de l'orifice. La canule est replacée.

Le 28. Je trouve l'enfant plus mal. La nuit a été agitée. Les inspirations sont devenues beaucoup plus fréquentes. Le pouls s'est notablement accéléré. La sécrétion bronchique est considérable. Je retire la canule. La plaie est toujours grise, mais l'œdème a diminué.

Pensant que le calibre (double zéro) de la canule est un peu faible pour donner issue à tant de mucosités, j'introduis la canule (zéro) et comme l'on constate à l'auscultation des deux côtés de la poitrine, des signes de bronchite et de congestion pulmonaire, je fais appliquer un vésicatoire. L'appétit de l'enfant est à peu près nul.

La journée du 28 est mauvaise. L'agitation augmente, les inspirations deviennent extrêmement fréquentes. L'enfant succombe à sept heures du soir.

L'autopsie faite avec le plus grand soin, le 2 mars au matin, nous a permis de constater une congestion pulmonaire considérable avec emphysème. Une quantité considérable de fausses membranes obstruaient la trachée et lui constituaient, comme il est encore facile de le constater sur la pièce, une sorte de gaîne. Quant à la pièce elle-même, je l'ai détachée avec précaution et en totalité, afin de la pré-

senter dans toute son intégrité à la société. Il est facile de constater sur la pièce, maintenant fendue par sa partie postérieure, que le larynx, pas plus que la trachée, n'ont été intéressés en aucun point par mon bistouri rougi, en dehors de la plaie pratiquée par lui, et que cette plaie ne diffère point par ses caractères d'une plaie de trachéotomie ordinaire, si ce n'est par cette particularité que ses deux lèvres parfaitement continues avec elles-mêmes s'étendent sans la moindre interruption de la peau à la surface interne de la trachée.

LECTURE

M. PAULET lit au nom de M. Spielmann l'observation suivante :

Observation du névrome du nerf médian. — Le 10 octobre 1873, V..., soldat au 50e régiment de ligne, âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital de Médéah pour se faire opérer d'une tumeur siégeant au poignet gauche.

Cet homme nous apprend qu'il a été opéré l'année précédente, par M. Bachon, médecin-major des spahis, d'une tumeur qui occupait la paume de la main gauche.

Notre collègue a publié, à son sujet, un intéressant travail (*Étude sur le diagnostic des tumeurs de la paume de la main, à propos d'un névrome de cette région*, — in *Recueil de mémoires de médecine militaire*, tome XXIX) travail contenant la première partie de l'observation de V..., observation que nous reproduisons textuellement :

V..., soldat au 50e de ligne, âgé de vingt-trois ans, entré à l'hôpital de Médéah, le 27 septembre 1872, pour une tumeur de la paume de la main.

Antécédents : constitution bonne; pas de scrofule ni de syphilis. Il y a un an, le malade éprouve quelques légères douleurs dans le bras gauche, surtout vers la région située immédiatement au-dessus du coude. Tout d'abord, il ne prête pas grande attention à ces douleurs, parce qu'il croit que c'est un rhumatisme qu'il a eu en 1868, qui menace de reparaître.

Quelque temps après, il s'aperçoit qu'il a une petite tumeur au centre de la main. Cette grosseur, qui était tout à fait indolente d'habitude, s'est révélée tout à coup, un jour que V... se servait d'une pioche et qu'il a reçu un contre-coup dans la main.

A dater de ce moment, la tumeur s'accroît lentement, pour arriver au développement qu'elle a aujourd'hui. Depuis six mois, dit cet homme, la grosseur est restée stationnaire.

V... entre à l'hôpital de Boghar le 15 août, et il y reste jusqu'au 17 septembre, confié aux soins de M. le médecin-major Chabert. La compression directe avec une plaquette de bois est essayée sans succès; V... ne peut la supporter plus de dix jours, à cause des douleurs qu'elle détermine. Après la compression on essaye, sans plus de succès, les applications de la teinture d'iode.

La compagnie de V... se rendant à Médéah, il sort de l'hôpital de pour venir ici, où nous le recevons dans notre service.

Au centre de la main, entre la région thénar et l'hypothénar, nous trouvons une tumeur assez régulièrement arrondie, mais dont l'axe vertical est un peu plus étendu que le diamètre transverse, située immédiatement au-dessus du pli moyen de l'M, et empiétant légèrement sur le pli demi-circulaire de la base de la région thénar. Elle a environ 3 centimètres et demi d'étendue dans son plus grand diamètre; elle est lisse et régulière, non adhérente à la peau, qui a sa couleur normale, et au-dessous de laquelle elle paraît siéger au premier abord. En effet, les mouvements des doigts du sujet n'impriment aucun ébranlement à la tumeur, et ceux de l'observateur constatent que leurs tendons fléchisseurs se meuvent au-dessous de la base de la tumeur.

Elle paraît assez molle, rénitente, sans fluctuation appréciable. Le soulèvement des doigts, lorsqu'on presse sur un point de la tumeur, semble tenir à un déplacement en masse, plutôt qu'à la présence d'un liquide.

Le volume de la tumeur n'est modifié ni par la pression directe, ni par la compression des artères du bras ou de l'avant-bras. Elle n'est le siége d'aucune pulsation ni d'aucun bruit.

Le malade n'accuse aucune douleur spontanée dans la tumeur. Par la pression, surtout vers le bord externe, on détermine une douleur assez vive qui irradie dans le pouce et l'index.

Le bras, au-dessus du coude, est, comme au début de l'affection, le siége de douleurs permanentes, mais peu prononcées.

La peau de la face interne de la main est constamment baignée de sueur; cette hypersécrétion n'existe pas dans l'autre côté, et ne s'est montrée à la main gauche qu'en même temps que la tumeur.

Les mouvements des doigts se font librement; mais les fonctions de la main n'en sont pas moins gênées par la présence de cette tumeur et par la douleur que détermine la compression.

Le 8 octobre, nous faisons l'opération avec l'aide et les conseils de M. le médecin principal Jacquemin, médecin en chef. M. Eude, médecin aide-major, se charge du chloroforme.

Une incision de 4 centimètres, parallèle à l'axe de la main et comprenant l'épaisseur de la peau, nous fait arriver sous l'aponévrose palmaire, et nous permet de constater que la tumeur est sous-aponévrotique. Le ligament palmaire est incisé sur la sonde cannelée, et dès lors nous apercevons, vers l'extrémité inférieure de l'incision, l'arcade palmaire superficielle que nous ne perdrons pas de vue pendant tout le temps que durera l'opération.

La tumeur étant à découvert, nous faisons encore une ponction explorative, pour nous assurer encore une fois de sa nature avant de l'extirper. Cette ponction nous ayant démontré que la tumeur était décidément solide, nous continuons l'opération, avec les plus grandes précautions pour ménager les vaisseaux, les tendons et les nerfs. Mais nous nous apercevons bientôt que les filets du nerf médian sont englobés dans la tumeur, et que nous avons affaire à un névrome. Après une dissection longue et délicate, nous détachons la tumeur par la section du nerf médian, au-dessous du ligament antérieur du carpe. Quoique le malade soit endormi, cette section ne se fait pas sans qu'il témoigne, par son agitation, qu'il ressent une vive douleur.

Après l'application d'un pansement simple et l'immobilisation de la main sur une attelle, le malade est rapporté dans son lit.

La tumeur a une forme ovoïde; son plus grand diamètre est de 4 centimètres et demi et sa circonférence de 4 centimètres. Elle est constituée par un tissu blanchâtre, d'aspect lardacé, qui se délimite parfaitement des tissus environnants.

A la partie supérieure de la tumeur, au point où elle est séparée du nerf, on voit des filets nerveux au nombre de vingt, isolés les uns des autres, dissociés, qui pénètrent dans la tumeur. Ces filets nerveux sont beaucoup plus gros qu'à l'état normal, ce qui est dû évidemment à l'hypertrophie de leur névrilème; on peut les suivre jusque dans la masse morbide, où ils restent parfaitement distincts.

L'examen microscopique nous donne les résultats suivants: la grande masse de la tumeur est composée de fibres connectives et de cellules fusiformes. Les tubes nerveux se rencontrent dans presque tous les points de la tumeur, et enfin des cellules graisseuses se montrent en assez grande abondance.

Les suites de l'opération ont été aussi simples qu'on pouvait le désirer.

Le 9 octobre. Le malade n'a pas dormi ; il se plaint de violentes douleurs dans la main et dans l'avant-bras. Fièvre interne, 100 pulsations.

Le 10. La nuit a été bonne. Les douleurs paraissent aussi vives, mais la fièvre est moins forte ; 94 pulsations.

Le 11. La tuméfaction inflammatoire occupe toute la paume de la main et une partie de l'avant-bras. Le malade accuse de vives douleurs. Pouls à 90. Cataplasme, position élevée du membre, une potion opiacée.

Le 12. Nuit bonne ; 85 pulsations. La tuméfaction a beaucoup diminuée. Les douleurs sont moins vives.

Le 13. Le malade va très-bien et n'a plus de fièvre. La tuméfaction a encore diminué. Les faces palmaires du pouce, de l'index et du médius sont insensibles.

Le 18. La sensibilité commence à reparaître à la pulpe du médius, mais c'est une sensibilité particulière, que le malade compare à des coups d'aiguille.

Le 20. La sensibilité est presque normale à la face antérieure du pouce et du médius. Elle n'a plus le caractère douloureux que le malade accusait au début. L'index est complétement insensible dans toute sa face palmaire.

Le 24. La plaie est complétement cicatrisée. La face antérieure de la main et du carpe est encore un peu tuméfiée et douloureuse à la pression. Les doigts sont dans la demi-flexion, et le malade ne peut guère les écarter de cette position par les mouvements volontaires. Les mouvements communiqués sont très-restreints et très-douloureux, surtout dans le sens de l'extension.

A dater de ce jour, nous imprimons tous les matins des mouvements de plus en plus prononcés aux doigts du malade, et nous lui recommandons de s'exercer fréquemment à des mouvements volontaires.

Le 29. Toute trace de tuméfaction a disparu ; il ne reste plus qu'un point douloureux immédiatement au-dessus du ligament antérieur du carpe. Les mouvements des doigts se font dans une étendue considérable ; l'extension est presque complète ; la flexion est moins avancée. Le malade ne peut encore saisir dans sa main le globe d'une bande roulée. La sensibilité n'a pas encore reparu au doigt indicateur.

Le 2 novembre. Les mouvements des doigts sont beaucoup plus étendus. La flexion est plus prononcée, mais encore incomplète.

Le 8. L'opéré peut être considéré comme guéri, et il sortira bientôt de l'hôpital.

Les mouvements des doigts sont encore un peu roides, et la flexion ne se fait pas d'une manière complète ; mais cet état s'améliore tous les jours, et dans peu de temps, la main jouira de toutes ses fonctions, quoique la face palmaire de l'index reste presque insensible.

Notre malade est donc définitivement débarrassé de sa tumeur, à moins qu'elle ne se reproduise dans l'extrémité centrale du nerf, ce qui, hélas ! n'est que trop à craindre.

Les craintes de M. Bachon ne devaient pas tarder à se réaliser. A peine sorti de l'hôpital, V... vit apparaître, 1 centimètre au-dessus du ligament antérieur du carpe, une tumeur de la grosseur d'un pois, tumeur dont la pression était douloureuse. Au mois de juin 1873, le malade vint à notre consultation et nous fit consater une tumeur du volume d'une petite aveline, longeant le bord interne du tendon du petit palmaire.

Cette tumeur est très-mobile latéralement ; on peut aussi lui imprimer des mouvements suivant l'axe du membre, mais seulement quand la main est fléchie sur l'avant-bras ; au toucher elle donne la sensation d'une résistance élastique qui pourrait être facilement confondue avec la fluctuation.

La tumeur est habituellement indolore, mais la moindre pression détermine des douleurs irradiant le long des doigts, en suivant très-exactement la direction des branches terminales du nerf médian. Les pressions exercées immédiatement au-dessous de la tumeur sur la partie moyenne du ligament antérieur du carpe, ne déterminent aucune sensation pénible ; il en est de même des pressions exercées sur la partie supérieure du trajet du nerf. Une compression soutenue, exercée sur le nerf médian, à la partie moyenne du bras, ne diminue en rien la douleur causée par la pression simultanée de la tumeur.

Le membre supérieur tout entier est amaigri et est le siége de douleurs vagues, presque continues, mais peu intenses.

L'ensemble de ces caractères démontre qu'une récidive a suivi l'opération de M. Bachon. La tumeur étant de petit volume et ne causant que des douleurs très-supportables, nous conseillons au malade d'attendre, bien qu'il réclame une opération, et nous le renvoyons aux soins éclairés du médecin de son régiment.

Le 10 octobre 1873, nous revoyons le malade : les douleurs ne sont pas augmentées, mais la tumeur a pris une extension considérable, au mois de juin, elle n'atteignait pas le bord supérieur du ligament antérieur du carpe, aujourd'hui elle plonge profondément sous ce

ligament ; à la même époque on sentait son niveau supérieur à 2 centimètres et demi au-dessus du même ligament, aujourd'hui elle remonte 2 centimètres plus haut. Au mois de juin, la tumeur débordait à peine le bord interne du petit palmaire, maintenant elle s'étend jusqu'au cubital antérieur qu'elle refoule légèrement.

La tumeur a donc quintuplé de volume en l'espace de quatre mois.

Cet accroissement rapide nous détermine à obtempérer aux vœux du malade, malgré les dangers d'une opération qui devra se faire au milieu des gaînes synoviales du poignet, gaînes dont l'inflammation a fait périr le seul malade qui, jusqu'ici, ait été opéré d'un névrome à ce niveau. (Bonnet, *Journ. de méd. de Lyon*, 1842.)

Avant d'opérer le malade, nous avons cherché à déterminer exactement l'état des parties innervées par le nerf médian, depuis l'opération faite par M. Bachon, afin de pouvoir juger les effets physiologiques de cette nouvelle résection.

Les mouvements du poignet sont normaux ; tous les doigts arrivent à la flexion complète, mais ils serrent avec beaucoup moins de force que ceux de la main opposée ; on ne remarque à cet égard aucune différence entre les doigts innervés par le nerf médian et les doigts innervés par le nerf cubital. Le pouce jouit des mouvements d'extension, de flexion et d'adduction, mais les mouvements spontanés d'opposition sont impossibles.

La sensibilité est complétement abolie au niveau de la face intérieure des deux dernières phalanges de l'indicateur ; le malade nous raconte qu'un jour il s'est traversé ce doigt avec une épingle ; qu'un autre jour il s'est brûlé sans éprouver la moindre sensation douloureuse ; il n'a conservé à ce niveau qu'une vague sensation de contact.

Dans toutes les autres parties innervées par le nerf médian, la sensibilité est à peu près normale. Si l'on pique le malade avec les pointes d'un compas, il perçoit les deux piqûres au même degré d'écartement que sur la main opposée ; il perçoit parfaitement la douleur et non pas seulement le contact.

Les sensations de chaleur et de froid sont parfaitement nettes. En un mot, sauf à l'extrémité de l'indicateur, la main gauche perçoit exactement les mêmes sensations que la main droite, mais avec un peu moins de vivacité. Bien entendu, pour éviter toute cause d'erreur, nous avons placé la main et les doigts sur un plan parfaitement immobile, et nous avons fermé les yeux du malade.

La main est amaigrie dans son ensemble ; les muscles de l'émi-

nence thénar sont presque complétement atrophiés, à l'exception de l'adducteur du pouce.

La peau qui recouvre la paume de la main et la face palmaire des trois premiers doigts présente une coloration violacée et est plus mince que celle de la main opposée ; ce dernier phénomène peut être attribué au défaut d'exercice tout aussi bien qu'à une altération nutritive directe. L'épiderme et les ongles sont normaux ; on ne remarque non plus aucune trace des éruptions qui accompagnent assez souvent les lésions nerveuses.

La paume de la main et les doigts sont ordinairement couverts d'une sueur abondante, phénomène qui existait déjà avant l'opération de M. Bachon ; la température est plus basse de deux degrés que celle de la main opposée.

Le 19 novembre, le malade étant anesthésié, nous pratiquons une incision cutanée de 12 centimètres, parallèlement au tendon du petit palmaire, incision dont l'extrémité inférieure aboutit un peu au-dessous du bord inférieur du ligament antérieur du carpe. Elle rejoint donc l'extrémité supérieure de l'incision faite par M. Bachon.

L'aponévrose et les trois quarts supérieurs du ligament antérieur du carpe étant incisés à leur tour, il nous suffit d'écarter légèrement les tendons des muscles palmaire et cubital pour apercevoir l'ensemble de la tumeur ; elle est fusiforme et ressemble exactement au névrome représenté dans l'excellent traité de Follin et Duplay (t. II, p. 217, fig. 38); on aperçoit distinctement à sa périphérie des filaments nerveux écartés les uns des autres.

Nous coupons le nerf médian à 15 millimètres au-dessus de la tumeur, puis nous la séparons des parties voisines en disséquant de haut en bas. Arrivé aux limites inférieures de la tumeur, tout près du bord inférieur du ligament antérieur carpe, nous faisons fléchir fortement les doigts, afin de pouvoir attirer un peu à nous le nerf médian sans tiraillement fâcheux, et nous le coupons 1 centimètre plus bas.

A ce niveau, qui est bien celui auquel M. Bachon a fait sa première section, le nerf est parfaitement sain ; il semble se continuer dans la paume de la main.

Il eût été intéressant de suivre le nerf beaucoup plus bas afin de pouvoir s'assurer si bien réellement les parties reséquées par notre collègue s'étaient régénérées ; mais cette exploration, utile peut-être au point de vue scientifique, n'était pas sans inconvénient pour le malade ; outre ses dangers, elle nous aurait forcé de couper les dernières fibres du ligament antérieur du carpe, fibres que nous tenions

essentiellement à conserver, car ce sont elles qui, après la guérison, maintiendront les tendons dans la gouttière du carpe.

L'opération terminée, il ne nous a pas été possible d'étudier d'une manière satisfaisante l'effet produit par cette nouvelle résection sur la mobilité de la main et des doigts ; le malade, encore sous l'influence du chloroforme, n'était pas en état de nous donner des réponses assez précises.

Nous rappelant le cas de mort de Bonnet, à la suite d'une opération identique avec la nôtre, nous avons pensé que le meilleur moyen de nous mettre à l'abri de tout accident était de fermer complétement la plaie au contact de l'air et d'immobiliser le membre jusqu'à la partie supérieure du bras, afin d'interdire les plus légers mouvements aux muscles de l'avant-bras. Après avoir suturé la plaie dans ses deux tiers supérieurs, nous revêtons le membre tout entier d'une épaisse couche de ouate que nous maintenons par une bande silicatée ; en un mot, nous employons le bandage de A. Guérin modifié par Ollier.

Le soir du jour de l'opération, V... n'accuse aucune douleur, si ce n'est dans l'auriculaire et l'annulaire, ces douleurs, qui ne peuvent s'expliquer que par un effet réflexe (le nerf cubital n'a certainement pas été touché pendant l'opération), cessent spontanément vers le quatrième jour.

Le bandage reste en place jusqu'au 9 décembre, c'est-à-dire pendant 20 jours pleins. Pendant tout cet espace de temps, le malade n'a pas éprouvé le plus léger mouvement fébrile ; il a mangé et bu la ration complète et toujours parfaitement dormi ; il s'est promené dans le jardin de l'hôpital comme s'il eût été en parfaite santé.

A la levée de l'appareil, nous constatons que le poignet n'a pas subi le moindre gonflement et qu'il est parfaitement indolore. Nous n'examinons pas encore la plaie à laquelle adhère une légère couche de ouate, mais nous étudions avec soin les phénomènes physiologiques.

Les doigts sont mobiles, ce qui n'a rien de surprenant puisque les filets qui animent les muscles fléchisseurs émergent du nerf médian au-dessus du point reséqué. Les mouvements du pouce sont exactement les mêmes qu'avant l'opération.

La sensibilité est demeurée intacte dans tous les points où elle existait ; elle s'est même exaltée, car la douleur de la piqûre est sentie plus vivement au pouce et au médius gauche qu'au pouce et au médius droit ; avant l'opération, nous avions constaté un phénomène inverse.

Par excès de précaution, nous remettons encore un bandage ouaté

et silicaté qui demeure en place pendant huit jours ; à la levée de ce nouvel appareil, la cicatrisation est complète, sauf en deux points de 2 ou 3 millimètres d'étendue, où existent quelques bourgeons exubérants ; quelques jours plus tard, ces points eux-mêmes sont cicatrisés.

Nous gardons le malade pendant un mois, bien qu'il soit parfaitement guéri. Les douleurs vagues dont il se plaignait dans tout le membre supérieur ont complétement disparu ; la pression exercée au niveau de l'extrémité radiculaire du nerf ne détermine aucune douleur. Les mouvements et la sensibilité restent tels que nous les avons décrits ; la main demeure atrophiée, mais la teinte asphyxique et les sueurs permanentes n'existent plus.

La température est inférieure de 1 degré à celle de la main opposée.

L'observation que nous venons de relater est remarqnable au point de vue de la simplicité des suites d'une opération qui passe pour rérieuse au point de vue de la récidive et surtout au point de vue physiologique.

La simplicité des suites de l'opération a été due, suivant nous, au mode de pansement employé. La plaie a été tout à la fois immobilisée et soustraite au contact de l'air.

La tumeur que nous avons opérée était-elle bien une récidive, c'est-à-dire une tumeur s'étant formée dans l'extrémité radiculaire du médian après la résection faite par M. Bachon ? Nous ne le pensons pas, car la tumeur s'est manifestée un mois environ après l'opération, 1 centimètre au-dessus du ligament antérieur du carpe, tandis que M. Bachon avait coupé le nerf au-dessous de ce ligament. De plus, huit mois après l'opération, quand V... vient nous consulter, il n'existe encore aucune lésion sous le ligament annulaire, et ces lésions deviennent manifestes au moment où nous nous décidons à opérer. Nous sommes donc portés à penser qu'il s'agit là d'un nouveau névrome bien plutôt que d'une récidive ; cette opinion assombrit notre pronostic.

Au point de vue physiologique, l'observation est d'un haut intérêt, car elle est en opposition avec plusieurs règles généralement acceptées.

Du côté de la mobilité, tout est normal ; il est tout simple que les doigts continuent à se mouvoir, puisque les nerfs des muscles de l'avant-bras ont été respectés, puisque les muscles interosseux sont animés par le nerf cubital ; il est tout simple aussi que le pouce ait perdu son mouvement d'opposition en conservant l'adduction, puisque le muscle adducteur est sous la dépendance du nerf cubital.

Mais il est loin d'en être de même au point de vue de la sensibilité.

En effet, la première opération est faite le 8 octobre et, dès le 18 du même mois, M. Bachon constate un commencement de sensibilité ; le 20, la sensibilité est normale partout, si ce n'est dans les deux tiers inférieurs du doigt indicateur.

On ne peut attribuer ce fait à une régénération nerveuse, car il est démontré que ce phénomène ne se produit pas avec une pareille rapidité ; on ne peut l'attribuer non plus à une soudure bout à bout, l'étendue de la portion reséquée ayant rendu ce phénomène impossible.

Peut-être pourrait-on chercher à expliquer le fait en disant que la réparation du nerf médian en branches terminales commençait ici un peu plus haut que de coutume, et que M. Bachon, a simplement reséqué les branches destinées à l'index. Mais, après notre dernière opération, cette objection n'est plus possible ; c'est bien le nerf médian que nous avons reséqué dans une étendue de 8 centimètres, et cependant la sensibilité de la paume de la main et des doigts reste ce qu'elle était avant l'opération.

Voici donc un fait qui vient s'ajouter à ceux que M. Paulet a réuni dans sa consciencieuse étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs. Il contribuera à démontrer que les données de la physiologie moderne ne suffisent pas toujours à expliquer les phénomènes qui résultent des sections et des résections des nerfs.

Ce fait pourrait, à la rigueur, s'expliquer par la découverte de Robin, qui a constaté que les filets nerveux qui vont se perdre dans les corpuscules du tact des doigts tirent leur origine d'anses terminales rattachées d'une part au nerf médian, d'autre part au nerf radial. Mais alors, pourquoi la sensibilité est-elle totalement abolie à l'extrémité de l'index, pendant qu'elle est conservée partout ailleurs ?

Du reste, cette découverte ne saurait expliquer comment il se fait que la motilité puisse être conservée après la section d'un nerf, et ce phénomène a été observé plus d'une fois ; nous rappellerons plus spécialement ici les observations de Laugier, de Nélaton, de Descot, de Leudet, de Horteloup, etc., observations reproduites et analysées dans le mémoire de M. Paulet.

Il y a donc là une inconnue que les physiologistes sont appelés à dégager.

DISCUSSION

A la suite de cette lecture, M. Paulet présente en son nom une observation. Je ne crois pas, dit-il, que le fait cité par M. Spielmann soit aussi concluant, ni aussi anormal. On ne sait, en effet, quelle est, pour le pouce et pour les deux premiers doigts, la distribution rigoureuse des dernières ramifications du radial et du médian. Pour les deux derniers doigts, il n'y a pas bien entendu d'équivoque, puisque le cubital seul est en cause.

M. VERNEUIL. Je ferai remarquer que les dernières recherches faites par M. Tripier ont jeté un jour considérable sur la manière dont les trois nerfs de la main se substituaient les uns aux autres d'une manière presque physiologique, à la condition que le travail de substitution ait été lent et progressif. Ces faits, qui nous ont beaucoup frappés, ont été maintes fois étudiés depuis les observations bien connues de Nélaton et de Laugier. Les sections nerveuses sont loin d'être rares, et que l'on pratique dans ces cas la suture ou qu'on ne la pratique pas, le plus souvent le rétablissement fonctionnel se fait mal ou ne se fait pas du tout. Dans les cas de névrome, au contraire, cas dans lesquels les fonctions nerveuses ont été abolies progressivement, il est beaucoup plus fréquent de compter sur une guérison. Je me rappelle, en effet, avoir souvent discuté avec Laugier sur la valeur du résultat qu'il croyait avoir obtenu relativement à la motilité; or elle était dans son fait absolument abolie, sauf pour tous les points où se distribuait le nerf cubital. Quant à l'observation de Nélaton, on sait qu'elle avait été construite pour ainsi dire de mémoire, sur des faits observés depuis un temps déjà fort long, et ne présentait, par conséquent, pas toute la rigueur et toute l'exactitude désirables.

M. LEDENTU. Je ne veux que citer un fait observé par moi et confirmant pleinement ce que vient de dire M. Verneuil. Sur un jeune homme traité par moi pour une section nerveuse, et chez lequel j'ai pratiqué la suture avec tout le soin possible, je n'ai pu observer dans les doigts innervés par le cubital aucun retour de la motilité, même deux mois après son entrée à l'hôpital.

M. PAULET. Depuis le fait de Laugier, la suture du nerf a été souvent tentée par un grand nombre de chirurgiens, et cela sans résultat.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. MARC SÉE présente des ciseaux fenêtrés destinés à faciliter l'avivement régulier des lambeaux dans l'opération du bec de lièvre.

En présentant cet instrument, il fait observer que personne ne croît plus, comme autrefois, que les plaies produites par les ciseaux, sont des plaies contuses, qui se réunissent difficilement par première intention.

Quant à lui, dans l'opération du bec de lièvre, il se sert de préférence, pour croiser les bords de la solution de continuité, des ciseaux, qui donnent des plaies d'une régularité parfaite, et toujours, dans une trentaine d'opérations qu'il a pratiquées depuis un an, il a obtenu la réunion immédiate, sauf dans un cas, tout dernièrement, où l'enfant est tombé gravement malade, le lendemain de l'opération.

Mais quaud il s'agit de tailler le petit lambeau qu'on utilise, dans le procédé de Mirault, pour éviter l'encoche, les ciseaux ordinaires ne peuvent servir. M. Sée employait, jusqu'à ces derniers temps, le couteau de Graefe : il traversait la lèvre de part en part au-dessus du pédicule du lambeau, qu'il détachait ensuite de bas eu haut. Mais, en agissant ainsi, il n'a jamais pu obtenir un lambeau irréprochable, bien que ce procédé lui paraisse supérieur à celui qui consiste à diviser les tissus de haut en bas.

Toujours le lambeau offrait un bord irrégulier, dentelé, soit sur sa face cutanée, soit sur sa face muqueuse; jamais l'instrument tranchant ne parcourt exactement la route tracée par le chirurgien.

C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Sée a fait faire des ciseaux offrant, près de leur articulation, une large fenêtre, permettant de laisser intacte, au voisinage du bord labial, une portion de la èvre déterminée à l'avance et de tailler le petit lambeau de bas en haut. Grâce à cette modification, la section de ce dernier s'opère avec une précision, une netteté et une rapidité qui ne laissent rien à désirer.

M. Sée n'a encore eu qu'une seule fois l'occasion de se servir de ce nouvel instrument. Le résultat a été irréprochable et supérieur à tout ce qu'il avait obtenu jusqu'alors.

M. TRÉLAT présente une scie à résection, dont la lame peut, par un mécanisme fort simple, tourner sur son axe dans toutes les directions.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 11 MARS 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *La France médicale.* — *Le Progrès médical.* — *Le Mouvement médical.* — — *La Gazette obstétricale.* — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratique.* — *L'Abeille médicale.* — *La Tribune médicale.* — *Le Moniteur thérapeutique.* — *La Gazette médicale de Bordeaux.* — *Le Bordeaux médical.*

Des greffes cutanées; de la méthode du professeur Esmarch pour assurer l'hémostase dans les opérations ; des morts par le chloroforme, de janvier 1869 *à juin* 1870, par M. le docteur P. Marduel.

M. LE FORT demande la parole à propos du procès-verbal.

Il s'est élevé, dit-il, dans la dernière séance, une discussion sur le point de savoir si la tumeur trachéale trouvée par M. Krishaber pouvait rendre compte des accidents qui se sont présentés et de la mort qui en a été la terminaison.

Sans vouloir revenir sur ce qui a été dit relativement aux faits observés et sur l'opinion bien nette d'un certain nombre de nos collègues, au sujet de l'irréfutabilité des arguments du rapporteur en faveur d'un papillome préexistant à l'opération, je dois dire que j'avais été frappé des rapports que m'avait paru présenter la tumeur avec la cicatrice. J'ai demandé la pièce à M. Krishaber, qui a bien voulu me la confier, et l'on peut se convaincre de *visu* que la petite tumeur siége, en effet, sur la cicatrice et à une certaine distance de la glotte. Il est très-important de savoir que la trachéotomie peut, dans certaines circonstances, donner lieu à la formation de bourgeons charnus pouvant déterminer la mort. L'observation de M. Gigon, d'Angoulême, que M. Krishaber nous a fait connaître, nous montre des faits absolument identiques. Je me rappelle, pour ma part, avoir assisté à la mort

d'une de mes jeunes parentes dans les mêmes conditions. Aussi suis-je convaincu que le cas est plus fréquent qu'on ne le pense. M. Moura Bourouillou en a observé quelques cas, et je suis persuadé que si M. Krishaber avait connu les faits relatés par M. Gigon, il eût agi de même et eût pratiqué à nouveau la trachéotomie, et, si cela eût éte possible, l'extirpation des bourgeons charnus exubérants.

COMMUNICATION

M. LANNELONGUE fait la communication suivante :

Fractures extracapsulaires du col du fémur compliquées de fractures du grand trochanter. — A côté des fractures extracapsulaires simples du col du fémur, il existe une variété de fractures compliquées d'autres lésions osseuses de l'extrémité supérieure du fémur, qui m'ont paru avoir un intérêt suffisant pour appeler votre attention sur elles. Elles constituent un groupe dont l'analyse doit être faite, chose d'autant plus facile que ce groupe est commun ; le musée Dupuytren en possède un très-grand nombre d'exemples, et j'en ai recueilli trois autres dans mon service à l'hôpital de Bicêtre. Mon intention, en placant sous vos yeux les pièces de ces trois faits, n'est pas de vous faire de chacun d'eux une description isolée, bien qu'ils se rattachent les uns et les autres à des périodes différentes de la fracture, et que, par suite, ils aient une physionomie particulière; il me paraît beaucoup plus naturel de donner du fait une description générale, sauf à me servir ensuite des points de détail.

La fracture siége tout à fait à la base du col du fémur ; elle le sépare complétement du corps de l'os, elle suit par conséquent les lignes obliques et rugueuses qui vont du grand au petit trochanter et qui sont placées en avant et en arrière. Sur le fémur un nouveau trait part du bord supérieur du grand trochanter plus ou moins près de la partie antérieure de cette éminence, descend verticalement vers sa base ; de là il se dirige en arrière, vers la partie postérieure du fémur, et il détache de cet os un arc osseux qui aboutit au petit trochanter. Ce dernier est aussi le plus souvent détaché de l'os, de telle sorte qu'on voit en arrière du fémur, sur la base de la demi-circonférence postérieure du col, un arc, une bande osseuse appartenant au corps du fémur, reliant l'un à l'autre les deux trochanters, et formant collerette autour d'elle. Quelquefois cet arc est brisé sur son milieu, ou plus ou moins près de l'un ou de l'autre trochanter ; il

semblerait qu'on se trouve en présence de fractures multiples du grand et du petit trochanter, dont le mécanisme serait pour le moins aisé à comprendre. Enfin il arrive quelquefois que le trait de la fracture qui suit sur le fémur la ligne que nous venons d'indiquer s'arrête avant d'atteindre le petit trochanter, et qu'il laisse intacte cette éminence; mais telle n'est pas la règle, si l'on en juge du moins d'après les nombreuses pièces que l'on trouve au musée Dupuytren.

Les déplacements qu'exécutent ces différents fragments doivent être étudiés isolément. En examinant le col on reconnaît que l'angle inferieur qu'il fait avec le corps de l'os s'est notablement fermé; d'où résulte l'abaissement de tout le col. Sa direction oblique en haut et en arrière tend donc à devenir transversale, mais en même temps cet organe a décrit un mouvement de rotation sur son plus grand axe, tel que chacune de ses faces n'a plus a même direction; l'antérieure regarde plus ou moins directement en haut, la postérieure en bas, et les bords ont suivi la même tendance. En un mot, le col a éprouvé un mouvement de rotation sur lui-même de haut en bas et d'avant en arrière.

Le grand et le petit trochanter, ainsi que l'arc osseux qui les relie, sont placés à la partie postérieure et inférieure du col, et le corps du fémur surmonté par la portion du grand trochanter qui n'a pas été fracturée, s'élève notablement en même temps qu'il décrit un mouvement de rotation de dedans en dehors et d'avant en arrière.

Sur les trois pièces que vous avez sous les yeux, vous pouvez trouver à divers degrés les particularités précédentes; mais je pense qu'elles vous arrêteront aussi sur un point encore en litige dans cette question : je fais allusion à la pénétration des fragments. Vous savez avec quelle rapidité a été réalisée la fortune de ce mot une fois qu'il a été introduit dans le domaine chirurgical. Mais je désire ne pas m'éloigner de mon sujet, et c'est pour cela que je me borne à vous citer l'opinion d'une des plus grandes autorités en pareille matière. Malgaigne s'exprime ainsi : « La différence d'aspect des fractures récentes et des fractures anciennes a conduit mal à propos R. W. Smith à distinguer des fractures extracapsulaires simples des fractures avec pénétration. Je professe, au contraire, que toutes les fractures qui détachent le col à sa base s'accompagnent de pénétration, et celle-ci ne manque que dans les cas exceptionnels où le grand trochanter fait partie du fragment supérieur. » Cependant, à côté de l'opinion de Smith, il faut placer celle de Nélaton.

Or, sur ce point, l'examen des trois faits que je présente est-il dépourvu de tout intérêt? Je ne le pense pas, car tous les trois témoi-

gnent de l'absence de ce caractère, et l'âge différent de chacune de ces trois fractures me paraît prendre dans le débat une importance digne d'être notée. Dans l'une de ces pièces, en effet, la mort est survenue deux jours après la production de la fracture, sans qu'il ait été fait aucune tentative de réduction. Il n'y existe aucune trace de pénétration, la surface fracturée du col est convexe, assez unie, n'offrant aucune partie saillante ou rentrante, ayant subi un engrènement. Le trait de la fracture est net. Sur la seconde, qui a été l'objet d'un travail de consolidation déjà achevé, il est aussi facile de reconnaître que la pénétration n'existe pas. Toutes les faces du col ont leur longueur; la forme, l'épaisseur de cet organe n'est pas modifiée. Enfin l'absence de pénétration est encore plus évidente sur la troisième, où le col est venu se juxtaposer au corps du fémur, à sa partie postérieure et à une distance de 5 centimètres de son extrémité supérieure.

Mais si ces pièces établissent que la pénétration ne s'est pas produite, je suis loin de la rejeter dans le mécanisme de production des fractures compliquées du col du fémur; il en existe des exemples authentiques; mais je dois ajouter cependant que, chez deux de ces sujets, on trouvait réalisées les conditions que l'on invoque d'habitude quand elle se produit. Ils étaient en effet l'un et l'autre tombés sur le grand trochanter. Mais si l'on songe, même dans ce cas, aux nombreux éléments que l'on devrait soumettre à l'analyse pour en tirer une induction significative, et qui se tirent de l'attitude du sujet, de la position du membre au moment de l'accident, de la partie du grand trochanter qui porte et qui distribue différemment, suivant les cas, le mouvement qui lui est imprimé, on conçoit l'aisance dans laquelle se trouve la théorie; pour n'en citer qu'un exemple, disons qu'à côté du choc qu'invoqueront les uns pour montrer qu'il a suffi à faire pénétrer le col dans le corps, d'autres, avec M. Perrin, invoqueront une direction forcée en haut du col produite par l'adduction du membre qui a abouti à une tension forcée de la capsule en arrière; si cette capsule résiste, le col se brisera à sa base : il se produirait, au contraire, une luxation, si la capsule se déchirait. On le voit, nous touchons aux fractures produites par les contractions musculaires.

Enfin, et c'est par là que je termine ma communication, il résulte justement de la présence du grand trochanter en arrière que, dans la flexion forcée du membre, cette éminence est plus accessible à notre exploration; on peut même quelquefois reconnaître sa mobilité. Ce fait confirme pleinement l'opinion exprimée par M. Alphonse Guérin, qui mentionne d'une façon spéciale l'élargissement du grand

trochanter comme un des meilleurs caractères cliniques de la fracture extracapsulaire du col du fémur.

DISCUSSION

M. TRÉLAT. J'estime qu'il y a toujours avantage à être remis en présence de pièces anatomiques relatives à la production des fractures. Aussi, tout en constatant l'intérêt que j'ai pris à la communication de M. Lannelongue, j'avoue que je ne saisis pas le sens même de cette communication. Il est acquis depuis longtemps que la crépitation appartient en propre aux fractures extracapsulaires. Aussi, lorsque M. Lannelongue vient nous dire, en s'appuyant sur les pièces qu'il présente, qu'il n'y a pas eu pénétration, suis-je convaincu qu'il veut dire que la pénétration a existé, mais à l'état temporaire, et ne s'est point maintenue. Pour moi, la pénétration dans certaines fractures, telles que la fracture du col du fémur, de l'extrémité inférieure de l'humérus, de l'extrémité inférieure du radius, est un fait indiscutable et si facile à démontrer, sur des pièces fraîches, qu'il est impossible de conserver le moindre doute à cet égard. Je m'empare, du reste, d'une des pièces présentées par M. Lannelongue, non pas la plus ancienne, mais celle qui l'est un peu moins ; j'y trouve bien la collerette qu'il nous a décrite, mais cette collerette est évidemment due à l'éclatement du grand trochanter, au bris comminutif, à l'éclat de toute l'extrémité trochantérienne.

M. Launelongue admet le déplacement par rotation et par flexion. Cela se produit dans toutes les fractures, et, entrer dans cette voie, c'est retomber dans l'éternelle discussion des déplacements primitifs et consécutifs aux manœuvres employées, aux attitudes données, etc., etc.

Quant à la pièce la plus fraîche, c'est un cas bien net, bien franc de fracture par éclatement par pénétration. Est-ce à dire qu'il y a là un véritable affouillement ? non ; mais il y a eu réellement pénétration. Le nier serait faire une véritable querelle de mots dont le but serait de réformer le vocabulaire relatif à chaque cas particulier.

En somme, la communication de M. Lannelongue a-t-elle trait à la description de variétés inconnues de fractures du col du fémur ? non sans doute. Est-elle relative à un mécanisme nouveau pour expliquer la production de la fracture ? Pas davantage. Aussi ne puis-je voir là qu'un défaut d'entente sur la nature même de la pénétration.

M. GUÉRIN. Depuis longtemps je me suis occupé des fractures du col du fémur, et bien que mon enseignement n'ait point dépassé les

limites de l'hôpital, j'ai cru un moment, en entendant la communication de M. Lannelongue, qu'il avait eu connaissance de mes idées à ce sujet. Il n'en est rien. Je soutiens que, dans la fracture du col du fémur, il y a pénétration du col à la façon d'un coin dans l'extrémité trochantérienne, avec laquelle il se trouve en contact, et éclatement immédiat de cette apophyse.

Des recherches faites dans ce sens par un de mes internes, M. Kerguistel, m'ont confirmé dans cette idée. Il m'avait entendu professer que les fractures directes produisent constamment cette pénétration du col, resté lui-même intact, sauf à son attache, et que, dans les fractures intra-capsulaires très-rares, occasionnées par une chute sur les talons, par exemple, il n'y avait pas de pénétration parce que le col était lui-même brisé par un mécanisme absolument différent. M. Kerguistel a fait, sur le cadavre, la démonstration de cette idée en percutant très-violemment le grand trochanter du sujet couché sur le côté, ou, ce qui revient au même, en laissant tomber d'une assez grande hauteur le sujet sur le grand trochanter. Dans tous les cas, il y a eu invariablement pénétration, comme je le disais plus haut. Or j'affirme que, dans les cas de cette espèce, il y a constamment guérison, quel que soit l'âge du blessé.

D'où vient alors cette divergence entre cette affirmation et l'opinion que nous ont léguée nos maîtres relativement à la gravité des fractures du col du fémur? Cela tient à ce que l'on cherchait à provoquer la crépitation, que dans cette manœuvre on rompait l'adhésion parfaite des deux fragments, et il suffit d'avoir vu une de ces fractures à l'amphithéâtre pour comprendre à quel point est difficile la coaptation de ces fragments une fois désunis. Aussi attribué-je une grande importance à la valeur clinique de ce signe : élargissement du grand trochanter appréciable par le simple palper. Ce signe dispense de la recherche de la mobilité et de la crépitation; il est absolument certain. La seule cause d'erreur résiderait peut-être dans une augmentation de volume consécutive à une arthrite sèche; mais encore, dans ce cas, l'élargissement existe-t-il des deux côtés, constamment chez des vieillards et ne coïncide-t-il pas avec l'impossibilité qu'a le malade à élever sans soutien le talon du membre malade au-dessus du niveau du lit. J'admets, du reste, aussi la valeur de ce dernier signe, ainsi que celui qui est fourni par la mensuration et qui donne toujours un raccourcissement de 3 ou 4°; mais je désirerais voir mes collègues se convaincre que l'élargissement du grand trochanter seul est un signe absolument suffisant. J'ai dit que, dans ces cas, même à l'âge de quatre-vingts ans, la guérison était la règle.

Au point de vue du traitement, je laisse tout simplement le blessé dans la gouttière de Bonnet ; le séjour dans cette gouttière est de la plus haute importance, car en l'absence du chirurgien, qui autrement serait forcé de rendre au malade tous les services qu'il doit attendre d'un infirmier intelligent, une fausse manœuvre dans l'acte qui consiste à passer le bassin sous le siége peut absolument tout compromettre.

Les guérisons sont dans ce cas, je le répète, presque assurées ; j'en pourrais citer de nombreux exemples, entre autres celui d'uu malade tellement timoré que j'ai dû lui cacher la nature même de sa lésion. Je l'ai tenu dans l'immobilité absolue ; il pouvait se lever au bout de vingt jours ; il marche aujourd'hui avec une extrême facilité, puisqu'il a pu faire à pied le tour de Paris, il n'a peut-être conservé, comme souvenir de son accident, qu'un très-léger ressentiment contre son chirurgieu, relatif au léger raccourcissement qui lui reste, et dont il a toujours ignoré la cause.

M. PANAS. On peut distinguer trois points dans la communication de M. Lannelongue : le premier regarde la pénétration, le second la rotation, le troisième le raccourcissement.

Pour la pénétration, je suis pleinement de l'avis de MM. Trélat et Guérin, j'y crois absolument; pour moi, c'est uue étude parachevée, uue question jugée, et à l'appui de laquelle je croyais qu'il n'y avait rien à ajouter. Quelques détails topographiques sont cependant nécessaires. On sait que le col du fémur a, relativement à l'axe de la diaphyse, une obliquité variable, et que l'angle qu'il forme avec elle tend à devenir de plus en plus droit. Il ne s'insère pas non plus centre pour centre au corps de l'os ; mais de telle sorte que la cavité digitale dépasse le grand trochanter en arrière. La face interne du grand trochanter est oblique en arrière et en dedans. Aussi, quand un individu tombe sur cette surface, la pénétration consécutive à cette violente percussion ne sera-t-elle que partielle ; elle se fait surtout en arrière et en bas ; et c'est en avant que se produit cet écartemeut auquel faisait allusion M. Lannelongue. Par suite de ce mécanisme, la partie postérieure du grand trochanter porte à faux et se sectionne souvent presque transversalement, et l'on observe une véritable rotation de la diaphyse sur le col, rotation fixe, c'est-à-dire impossible à corriger en ramenant la pointe du pied en dedans. De ce que la pénétration ne se fait pas en avant, s'explique la production de cet angle saillant à la racine de la cuisse, dont Laugier faisait un des principaux signes. Quant au raccourcissemeut du membre, il s'explique par la tendance qu'a le col fracturé à perdre son obliquité pour reve-

nir à la rectitude. Cet effort s'est même quelquefois exagéré à ce point qu'on a pu constater une obliquité du col en sens inverse. Ce raccourcissement est primitif et n'a pas, comme dans la fracture intra-capsulaire, de tendance à augmenter.

Pour ce qui est de la pénétration, je la crois si vraie, que je considère le col comme un véritable coin enfoncé dans la saillie trochantérienne, et qu'au sein de cette cavité de nouvelle formation se trouvent parfois des esquilles, des parcelles osseuses broyées. Aussi n'hésité-je pas à attribuer, comme M. Guérin, une grande valeur diagnostique à l'élargissement du grand trochanter, qui, comparé au côté sain, paraît doublé de volume. Bien que ce grossissement soit exagéré dans d'assez grandes proportions; puisque en réalité il n'est guère que de 1 ou 2 centimètres, c'est, je le répète, un excellent signe. Je n'ajouterai rien quant au traitement, je suis ennemi de la flexion sur le bassin et grand partisan de l'immobilité dans l'extensiou.

M. LE FORT. Je n'ajouterai que quelques mots à l'argumentation de M. Trélat. Malgaigne attribuait une grande valeur à la douleur considérée comme signe de la fracture du col, lorsqu'elle était provoquée par la pression directe sur le grand trochanter. J'ai pu me convaincre, et cela ressort des présentations que j'ai faites il y a quelques vingt ans à la société anatomique, que la pénétration est indiscutable dans les fractures qui nous occupent.

Aussi ai-je conscience d'avoir depuis longtemps les mêmes opinions que M. Guérin au sujet de l'élargissement du grand trochanter et relativement au traitement employé. Je lui reprocherai cependant d'être quelque peu optimiste quaut à la terminaison. Chez un sujet de quatre-vingts ans, atteint de fracture du col, la fièvre, les escarres sont à craiudre et par suite une terminaison fatale.

M. VERNEUIL. Je crains que M. Lannelongue n'ait conclu un peu trop vite avec les trois pièces qu'il nous présente. Dans l'une d'elles, en effet, je vois non pas une fracture du col, mais bien une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Quant aux deux autres, la pénétration y présente pour moi une évideuce parfaite, et si l'on voulait apporter une extrême rigueur dans le langage, on donnerait à ces lésions le titre de fractures extracapsulaires du fémur. Quant au diagnostic, je crois que les signes caractéristiques sont suffisauts pour qu'on le puisse établir sans toucher le membre, à savoir (la saillie de la racine de la cuisse, l'élargissement du grand trochanter, la rotation en dehors, enfin le raccourcissement). Le meilleur traitement, à mon avis, consiste à placer le malade dans la gouttière de Bonnet : je ferai également une réserve quant au pronostic; on peut, suivant moi,

affirmer que, quelles que soient les précautions prises, les malades atteints des fractures du col du fémur succombent dans des proportions notables.

M. LARREY. Je tiens à émettre mon opinion à l'appui du traitement de la fracture du col par le maintien des malades dans la position horizontale. Bien qu'éloigné en apparence, par ma carrière, de l'étude des fractures du col, j'ai eu cependant l'occasion d'en observer un grand nombre aux Invalides et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren. Je sais qu'il tenait grand compte, comme signes, du gonflement, de la sensibilité, de la déviation de la pointe du pied en dehors, et que, comme traitement, il donnait la préférence à la double flexion sur le plan incliné, et je me souviens à ce propos d'une alternative fort délicate à laquelle je fus soumis dans un concours d'agrégation avec Lenoir, Sédillot, Malgaigne, dans lequel on avait proposé comme question : *Quel est le meilleur traitement des fractures du col de fémur ?*

Imbu des idées de Dupuytren, j'étais disposé à opter en faveur de la flexion, quand mon père me détourna de cette idée en m'assurant que, d'après son expérience, le meilleur traitement consistait, sans aucun doute, dans l'immobilisation sans traction. Il appliquait, du reste, dans ce cas, l'appareil inamovible qu'il avait imaginé et qui depuis a si souvent changé de nom et de nature. Cette méthode de l'immobilisation, dans le décubitus, si longtemps combattue, est auaujourd'hui, je crois, généralement adoptée; c'est à elle que je me suis depuis longtemps arrêté, proscrivant absolument l'extension continue. Quant aux faits exposés et aux pièces présentées par M. Lannelongue, je n'y trouve point, pour ma part, de preuves contre la pénétration.

M. LANNELONGUE. Je n'ai point voulu refaire ici l'histoire des fractures du col du fémur, et je crois, à ce propos, que la discussion a notablement dévié. J'émets la proposition suivante : Il y a un certain nombre de fractures du col du fémur sans lésion du grand et du petit trochanter. Voilà ce qui légitime, à mon point de vue, l'intérêt des pièces que j'ai présentées, et qui se rapprochent, comme analogie, d'un certain nombre d'autres observées par moi au musée Dupuytren.

Or, je le demande, dans les fractures du col sans lésion du grand et du petit trochanter que deviennent les signes donnés par M. Guérin, par M. Panas et par nos autres collègues, tous signes basés sur l'existence même de ces lésions? Je maintiens que, dans un grand nombre de cas, le diagnostic que l'on dit facile à établir entre les

fractions intra et extracapsulaire présente, au contraire, d'extrêmes difficultés. Je reviens aux pièces que j'ai présentées. Dans la première, la plus récente, il y a fracture du col et, quoi qu'on puisse dire, c'est une fracture extracapsulaire du col du fémur. La pièce qui représente une consolidation, une guérison si l'on veut, peut faire naître quelques doutes. Ces doutes, je les ai moi-même partagés; mais à force d'examiner et de comparer cette pièce avec d'autres pièces similaires, je suis arrivé à me convaincre qu'il s'agit encore ici d'une fracture de la base du col du fémur. La pénétration est un mécanisme admis par tout le monde, m'a-t-on dit. Je donnerai une opinion diamétralement opposée, basée sur les idées d'autres auteurs. Il y a des cas dans lesquels on a pu observer la production d'une fracture extracapsulaire avant qu'il y ait eu contact du corps avec le sol, et cela par action musculaire et sans qu'on pût admettre une affection organique de l'os. Quant à la pièce que je vous présente, pièce que j'ai levée telle quelle sur le cadavre, sans qu'aucun moyen de traitement ait pu en dénaturer les rapports, j'affirme qu'il n'y a point là de pénétration; car si l'on donnait à cette forme de lésion le titre de pénétration, il faudrait admettre que toutes les fractures indirectes fussent des fractures par pénétration, ce qui n'est pas; car, pour moi, la pénétration est un enclavement d'un fragment dans un os, ou de deux fragments l'un dans l'autre.

Il m'est impossible d'admettre d'autre définition, et il faut que ce mécanisme de la pénétration ait présenté des caractères bien tranchés, bien spéciaux, pour qu'on ait fait de ces fractures un groupe distinct.

Or, me basant sur ce fait que, d'une part, c'est à la suite de l'examen des pièces fraîches et récentes, qu'on a conclu à la non-pénétration, que l'admission de la pénétration résulte, au contraire, de l'examen des pièces sèches et anciennes, et que, d'autre part, un certain nombre de fractures du col se produisent, sans chute, sur le grand trochanter, je crois pouvoir en conclure que la pénétration n'est pas, comme on l'a dit, une règle absolue, et que le mécanisme n'est pas nécessairement identique à celui que l'on indiquait tout à l'heure. L'élargissement du grand trochanter, revendiqué à bon droit par M. Guérin, est un excellent signe clinique dans certains cas; mais je ne puis admettre avec lui que la grande généralité des malades atteints de fractures du col du fémur guérissent, quel que soit leur âge. Pour moi, c'est une affection d'autant plus grave que le malade est plus âgé et, lorsqu'il succombe, ce n'est pas aux lésions même de la fracture, c'est à l'immobilisation et à la privation de

l'hygiène de la marche, hygiène qui lui est absolument refusée. Je termine en disant que je n'ai point voulu faire du nouveau ; j'ai vu, dans les faits que je communiquais, un côté intéressant, et je crois avoir bien vu des fractures du col. Je m'empresse, d'ailleurs, de déclarer que si, dans le cours de cette communication, j'ai commis quelques omissions involontaires relatives aux travaux de quelques-uns de nos collègues, je serai très-heureux de les réparer.

M. GUÉRIN. Il résulte des idées que j'ai émises sur la fracture du fémur que je ne laisse point mes malades trop longtemps dans la gouttière de Bonnet. Trois semaines d'immobilisation suffisent ordinairement. Pour moi, le mot guérison n'implique que la consolidation. Or je n'ai pas dit, du reste, qu'aucun malade atteint de fracture du col du fémur ne mourait entre mes mains; j'ai dit que je guérissais généralement les fractures du col, ce qui est tout différent. Il faut, en effet, compter avec les escarres et les congestions hypostatiques. M. Le Fort a dit que, depuis vingt ans, il enseignait la valeur du signe du grossissement du grand trochanter; je ne puis admettre cette assertion, et j'invite M. Le Fort à produire une pièce constatant un enseignement fait dans ce sens. Or je considère ce signe comme suffisant à lui seul, même en l'absence de la rotation en dehors.

M. TRÉLAT. M. Lannelongue persiste dans sa manière de voir. Il continue à considérer les pièces qu'il nous présente comme des preuves à l'appui de la non-pénétration. Je tiens à constater que nos collègues ont été unanimes à juger le contraire. Il y a là une divergence énorme que je tiens à constater pour la question de la pénétration, comme pour l'opinion émise par M. Lannelongue, à savoir : que les fractures indirectes seraient des fractures par pénétration.

M. LE FORT. Un mot en réponse à M. Guérin : j'ai fait allusion à des travaux que j'ai présentés il y a longtemps à la société anatomique et relative à l'éclatement, à l'élargissement du grand trochanter, dans la fracture du col du fémur. J'étais alors interne, et je n'avais point l'autorité pour tirer de ce fait anatomo-pathologique un signe absolument clinique.

COMMUNICATION

M. TILLAUX fait la communication suivante :

Trachéotomie chez un adulte, avec le galvano-cautère. — Messieurs, je vous demande la permission de vous entretenir d'un

sujet qui est doublement à l'ordre du jour de vos séances, en ce sens qu'il s'agit de l'emploi du galvano-cautère en général et de son application à l'opération de la trachéotomie en particulier.

Les faits pouvant servir à fixer la véritable valeur de ce procédé opératoire sont encore si peu nombreux que j'ai cru utile de vous communiquer le suivant :

Il s'agit du nommé É..., Gustave, âgée de cinquante-neuf ans. Ce malade souffrait, depuis quelque temps d'accès de suffocation si intenses qu'il avait plusieurs fois failli étouffer. C'est pour cela qu'il entra dans notre service à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, nº 25. Nous reconnûmes que ces accès étaient dus à l'existence d'une tumeur épithéliale occupant la base de la langue, accessible seulement au doigt et partant inopérable.

Nous proposâmes à ce malheureux, comme moyen palliatif, la trachéotomie, qu'il accepta avec empressement.

Cette opération fut pratiquée, le 14 janvier dernier, avec l'aide de M. Mathieu fils, qui voulut bien mettre à ma disposition son appareil.

Quoique le malade fût très-amaigri, la trachée était néanmoins profondément située, vu la forme en carène du thorax.

Je fis usage, non du couteau galvanique ordiuaire, mais d'un fil de platine de 1 millimètre de diamètre environ, recourbé en anse, suivant en cela le conseil donné par notre collègue M. Verneuil. Les incisions furent pratiquées avec l'extrémité mousse de cette anse.

Ces incisions portèrent sur le lieu classique, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde.

Nous fîmes en sorte que l'anse de platine restât au rouge sombre durant tout le cours de l'opération. Les incisions furent successivement pratiquées de haut en bas, jusqu'à ce que nous fussions arrivés à une certaine profondeur. Nous employons à dessein ce terme vague, car nous éprouvâmes une certaine difficulté à nous orienter chemin faisant. S'il est en effet possible de savoir avec le bistouri où l'on se trouve exactement, il n'en est plus de même dans les opérations au galvano-cautère : les interstices celluleux, la graisse, les muscles même prennent alors une teinte uniforme, et tous les points de ralliement disparaissent. Il en résulte à mon avis que, si le galvano-cautère est un bon moyen de diérèse quand il s'agit de couper droit devant soi, il ne saurait convenir aux opérations qui exigent des points de repère, comme les ligature d'artère, par exemple.

Je dus donc explorer plusieurs fois la plaie des yeux, du doigt et même avec le stylet, pour reconnaître les anneaux de la trachée.

Celle-ci étant enfin découverte dans une longueur égale à celle de la plaie cutanée, fut largement incisée à partir du premier anneau.

Je fus surpris de ne pas entendre, à ce moment, le bruit caractéristique qui prévient le chirurgien de l'ouverture de la trachée, et je craignis de m'être trompé, mais la vue et le toucher ne me laissèrent pas de doutes. La canule fut alors introduite très-aisément.

Imaginez une opération de trachéotomie faite sur un cadavre, et vous aurez rigoureusement le tableau de ce qui se passa dans le cas actuel, c'est vous dire qu'il n'y *eut pas trace de sang*. Il est vrai que le malade, homme courageux, ne bougea pas, mais le rhythme des mouvements respiratoires ne varia pas un instant.

Je crois dès lors pouvoir affirmer, que le bruit qui se produit au moment de l'ouverture de la trachée est dû à la chute du sang dans ce conduit. C'est un phénomène analogue à ce qui se passe lorsque, suivant l'expression vulgaire, on avale de travers. Le sang détermine une série de violentes expirations de nature réflexe destinées à chasser le corps étranger.

Mon ami le docteur Mitivier, assistant à l'opération, me fit part d'une observation curieuse. Quoiqu'il n'eût entendu aucun bruit lui révélant l'ouverture de la trachée, il supposa cependant que ce dernier résultat était obtenu en voyant de la fumée sortir par la bouche et le nez du malade.

Le désidératum exprimé par M. Verneuil a donc été rempli complétement, puisque pas un globule de sang n'est sorti des vaisseaux durant le cours de cette opération. Je répète que les incisions furent pratiquées lentement, avec la convexité d'une anse de platine chauffée au rouge sombre, ne coupant qu'à la suite d'une certaine pression destinée à accoler préalablement l'une à l'autre les parois vasculaires, condition indispensable à la production de l'hémostase signalée par notre collègue M. Bœckel. L'opération dura sept minutes.

Les suites immédiates furent très-heureuses, mais il survint des complications à partir du troisième jour. Une escarre assez profonde avait été produite par le cautère, et le rayonnement de la chaleur avait produit au-devant du sternum une rougeur intense. Le travail de l'élimination des escarres détermina la chute dans la trachée, le long de la canule, de quelques gouttes de sang et de pus. Survinrent alors les quintes de toux incessantes.

Le 20, c'est-à-dire le sixième jour de l'opération, le malade éprouva, vers quatre heures de l'après-midi, un véritable accès de suffocation, et la plaie s'étendait toujours. J'en étais arrivé à regretter l'emploi du galvano-cautère, puisque j'observais consécutivement les ac-

cidents que j'avais pu éviter d'abord. Mais tout se calma peu à peu. Les quintes de toux furent moins fréquentes et cessèrent bientôt tout à fait. La plaie se rétrécit, et le malade ne tarda pas à jouir d'un calme complet.

De ce fait, je ne veux actuellement tirer qu'une conclusion, n'ayant pas de conviction suffisante pour tenter le moindre parallèle entre les différentes méthodes opératoires : la trachéotomie peut être pratiquée chez l'adulte avec le couteau galvano-cautique sans écoulement de sang. C'est donc un cas à ajouter à ceux qu'a signalés notre collègue M. Verneuil.

DISCUSSION

M. TRÉLAT. Je tiendrais à ce que, dans le cours de la discussion, le mot couteau fut substitué au mot anse galvanique.

M. VERNEUIL. Je ferai quelques réflexions fort courtes. L'observation de M. Tillaux constitue la sixième trachéotomie pratiquée sans une goutte de sang. Ce résultat doit, en effet, être obtenu avec un bon instrument. Je me rappelle (contrairement à ce qu'a observé notre collègue) que, dans des circonstances analogues, j'ai pu distinguer très-nettement la nature des couches que je traversais. Quant aux accidents consécutifs à l'opération, je ne crois pas que le procédé y ait été pour rien. Il en est de même de l'agrandissement de la plaie; je rappelle que pareil résultat a été observé sur des sujets à constitution appauvrie, opérés cependant à l'aide du bistouri. C'est pour moi bien plus une affaire de mauvais terrain qu'une conséquence de la galvano-caustie.

En résumé, je pense que l'observation de M. Tillaux doit compter à l'actif de la trachéotomie pratiquée chez l'adulte à l'aide du galvano-cautère.

PRÉSENTATION

M. DUBRUEIL présente des épingles d'un nouveau modèle destinées à affronter et à maintenir en contact les deux lèvres de la plaie, à la suite de l'opération du bec de lièvre.

La séance est levée à cinq heures trente-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 18 MARS 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — Le Progrès médical. — Le Mouvement médical. — La France médicale. — La Tribune médicale. — La Gazette de Joulin. — Le Bordeaux médical. — Le Lyon médical. — Le Journal médical de la Mayenne. — Le Montpellier médical.*

Des vues longues, courtes et faibles par J. Soelberg Wells, traduit sur la quatrième édition anglaise par M. G. Darin.

Traité de chirurgie dentaire par John et Ch. Tomes, traduit sur la deuxième édition anglaise par M. G. Darin.

M. HEURTAUX, membre correspondant à Nantes, offre à la société : *Tissu fibreux et fibromes. — Inflammation.* Ces deux importants travaux sont extraits du nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. CHASSAIGNAC demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

M. MARJOLIN offre, de la part du docteur Gros, médecin en chef du chemin de fer du Nord, un *Rapport sur le service médical du chemin de fer du Nord, pendant l'année* 1872.

RAPPORT

M. LEDENTU lit un rapport sur le travail de M. Perrier, relatif à une observation de ligature de l'iliaque externe.

DISCUSSION

M. PANAS. Je trouve le rapport de M. Ledentu très-remarquable; aussi l'observation que je lui ferai ne sera-t-elle qu'une simple question. Pourquoi la gangrène est-elle survenue et l'autopsie a-t-elle

révélé quelque chose à cet égard? C'est ce petit point que je serais heureux de voir élucider.

M. BLOT. Je demande pardon à monsieur le rapporteur de répondre à la question de M. Panas; il me semble que l'état lardacé des tissus qu'il nous a décrit explique le sphacèle. Je demande du reste si, en raison du soin extrême qui a été apporté à ce travail, le rapport de M. Ledentu ne doit pas être réservé pour les mémoires de la société.

M. VERNEUIL. Je demanderai un supplément d'information à M. Ledentu. Le malade n'a-t-il point présenté de troubles particuliers tels que des frissons, de la fièvre, avant le développement de la gangrène? Dans l'autopsie qui a été faite, n'a-t-on rien trouvé dans les reins et dans le foie?

M. LANNELONGUE. Qu'il me soit permis de répondre au sujet de l'autopsie qui a été pratiquée par mou interne et à laquelle j'assistais. Nous n'avons trouvé d'abcès ni dans le poumon, ni dans le foie. Le malade a succombé évidemment à son affection gangréneuse; il rentre dans la catégorie des malades atteints d'un mauvais état général. Depuis longtemps, eu effet, il était épuisé et en proie à une anémie profonde, et j'avais même pensé à lui pratiquer la désarticulation de la cuisse. J'en avais été détourné par des accidents fébriles plusieurs fois répétés et par la débilité du sujet. Ces accès de fièvre avaient coïncidé avec l'ouverture ou l'occlusion des trajets fistuleux qu'il présentait, mais u'avaient point de rapport avec la fièvre hectique. Je m'associe d'ailleurs pleinemeut aux éloges que mérite le travail de M. Ledentu. Je me sépare pourtant en un point de l'opinion émise par M. Perrier. M. Perrier a lié l'iliaque externe et cela pour une hémorrhagie de la fémorale à la partie moyenne. Il aurait pu lier dans la plaie même les deux bouts de l'artère lésée; c'est ce que j'aurais fait, convaincu de la vérité de l'idée transmise par mes maîtres : qu'en pareille occurrence, on ne réussit jamais mieux que lorsque l'on s'attaque directement au point lésé. Supposons, en effet, que le malade de M. Perrier ne soit pas mort de gangrène. N'aurait-on pas pu craindre pour lui une hémorrhagie anastomotique par un des deux bouts. Je crois donc qu'il y a opportunité à se demander si la ligature faite à la partie moyenne n'eût pas été préférable à l'opération pratiquée par M. Perrier.

M. TRÉLAT. M. le rapporteur a mis en relief l'action ulcérative qu'a exercée l'état général sur les tuniques artérielles. Je voudrais savoir s'il a voulu parler d'une influence spéciale sur les artères en particulier. Nous savons, en effet, que, quand les fonctions de nutri-

tion languissent, le travail plastique nécessaire aux réunions échoue; ou bien se trouve lui-même l'objet d'une destruction spéciale, témoins les faits relatés, par moi, dans des cas de bec de lièvre, d'urano-plastie, etc. Cette destruction est donc avérée pour certains tissus. En est-il de même pour les artères, c'est ce que j'ignore absolument. En un mot, M. Ledentu a-t-il voulu dire que l'ulcération consécutive au mauvais état de son malade intéressait tous les tissus d'une manière générale ou le système artériel en particulier ?

M. LEDENTU. Je remercie mes collègues de l'accueil qu'ils ont fait à mon rapport, et je vais tâcher de répondre aux objections qui m'ont été faites. Je dirai à M. Panas, qui me demande quelle a pu être la cause de la gangrène : que la ligature de l'iliaque externe prédispose déjà singulièrement à cet accident; mais que le sphacèle a dû surtout reconnaître pour cause, d'une part, la gêne énorme apportée à la circulation collatérale par l'état lardacé des tissus; et, d'autre part, l'oblitération de la veine fémorale. Certes ces considérations ne suffisent pas pour légitimer absolument le choix entre la ligature et la désarticulation; mais ce qui prime tout, c'est que le cas était déplorable, et qu'en pareil cas on fait ce que l'on peut. M. Lannelongue s'est chargé de répondre à la question posée par M. Verneuil, relativement à l'autopsie, et j'ajouterai que l'observation ne relate point de symptômes de fièvre hectique coïncidant avec la gangrène. J'arrive aux objections de M. Lannelongue: Oui, certes, dans un cas d'hémorrhagie traumatique, on est autorisé à chercher à lier les deux bouts de l'artère dans la plaie. Cette recherche est du reste parfois extrêmement difficile, et je me rappelle que, durant la guerre, à Blois, après avoir cherché à lier de la sorte les deux bouts dans la plaie, j'ai été contraint de lier plus haut (le malade a, du reste, parfaitement guéri). J'accorde cependant qu'en pareil cas de traumatisme récent, on doit faire cette tentative; mais ce n'est pas là le cas de M. Perrier : uue ligature des deux bouts d'un vaisseau aussi profondément altéré eût été probablement suivie d'une section consécutive de l'artère malade, et je crois que, dans ce cas, la ligature au-dessus est de beaucoup préférable.

Je serais fort embarrassé, et ceci est en réponse à M. Trélat, de préciser l'action de l'état général des malades sur les ulcérations des artères ; on est amené à conclure que cette influence doit exister sans qu'il soit possible de rien préciser à cet égard, à l'aide des faits dont on peut aujourd'hui disposer. Dans les cas que j'ai colligés, en effet, on voit bien l'ulcération des artères être presque constamment consécutive à un mauvais état général; mais la nature intime de cette in-

fluence n'est pas claire ; et je crois que dans ce cas il n'est pas illogique de la faire résider dans une modification spéciale du pus.

Les conclusions de M. Ledentu sont adoptées.

LECTURES

M. THÉOPHILE ANGER lit une note sur la paralysie du rameau cutané de l'épaule dans les luxations scapulo-humérales.
Commission : MM. Panas, Duplay, Marc Sée.

M. PERRIER lit une note sur un kyste hématique folliculaire de la mâchoire supérieure chez un nouveau-né.
Commission : MM. Tillaux, Guyon, Magitot.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. VERNEUIL. Je présente à la société un malade fort intéressant au sujet duquel je demanderai conseil à mes collègues.

Ce jeune homme est entré dans mon service en août 1872. Il arrivait de la province, maigre, chétif, épuisé par des hémorrhagies incessantes fournies par un polype naso-pharyngien.

En présence d'aussi mauvaises conditions, je n'osai rien tenter de radical, et je divisai mon intervention en deux temps.

Le premier temps consista à pratiquer la section du voile du palais à l'aide du galvano-cautère. Cette section se fit sans une goutte de sang, et aussitôt après le polype se précipita pour ainsi dire dans la cavité buccale. J'en sectionnai à l'aide de l'écraseur un fragment de la grosseur d'une mandarine, et après cette opération, qui se pratiqua avec la plus grande facilité, le malade put respirer, manger, dormir, en un mot se trouva notablement soulagé. Je partis en vacances : mon malade, craignant d'avoir affaire à un autre chirurgien, quitta l'hôpital. Il est revenu me trouver il y a quelques jours. Depuis la section incomplète de sa tumeur, aucune hémorrhagie ne s'est produite, mais vous pouvez constater que le tronçon du polype s'est notablement modifié. Au lieu d'avoir affaire à une surface nette, abrupte, dure, criant presque sous la chaîne et distante du voile du palais d'un bon travers de doigt, vous voyez que le tronçon est revenu dans la cavité buccale, non pas à l'état de masse dure et isolée, mais bien de véritable nappe recouvrant la voûte palatine et rejetant le voile du palais en arrière. Or, ce tissu offre une analogie considérable avec celui qui forme les tumeurs érectiles veineuses. Mon doigt

déprime la tumeur, s'y enfonce, puisque lorsque cette pression cesse, une expansion réelle rend à la tumeur son volume primitif.

D'ailleurs point de douleurs, point d'hémorrhagie. Ce fait absolument étranger à ces battements que l'on signale dans les fibromes, dans les cancers, me paraît indiquer une vascularisation veineuse tout à fait extraordinaire. J'ai pensé que cette variété de tumeur offrirait un assez grand intérêt à la société : aussi étais-je bien aise de vous montrer le malade et de vous demander votre avis ; car il est bien certain que ni pinces ni érignes ne seront applicables en pareil cas, et que la vascularisation extrême de la tumeur exigera pour son extraction des précautions toutes particulières.

M. PAULET. Pour moi, c'est un fongus hématode bien net, et je serais d'avis d'attaquer cette nappe procidente à l'aide de pointes de feu, jusqu'à ce qu'on fût revenu sur le véritable tronçon ou pédicule du polype.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 25 MARS 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Une lettre de M. le docteur Boinet qui demande le titre de membre honoraire. — Une lettre de M. Bonnafont rappelant la statistique des amputations tibio-fémorales pratiquées par Baudens.

M. LARREY offre à la société : Une trentaine de thèses de chirurgie et les ouvrages suivants :

Pratique de chirurgie ou histoire des plaies en général et en particulier, par Guisard ; — *Recueil d'observations chirurgicales,*

par Saviard; — *Traité des maladies de l'œil*, par Ant. Maîtrejean; — et la suite des comptes rendus de l'Académie des sciences pour l'année 1873.

PRÉSENTATIONS

M. DESPRÈS présente, au nom de M. le docteur Monteil, de Mantes, un enchondrome de l'extrémité inférieure de la cuisse et du genou, opéré par l'amputation de la cuisse, précédée de la ligature de l'artère fémorale. L'examen micrographique fait par M. Desprès montre qu'il s'agit d'un enchondrome. (Cette présentation sera suivie d'une observation détaillée du docteur Monteil.)

M. DESPRÈS présente également l'article de la *Revue scientifique* relatif à l'autopsie des frères siamois, laquelle constate la réunion des deux foies, normaux d'ailleurs, par une bande où passaient des branches de la veine porte, et confirme la valeur des appréciations des chirurgiens français qui, contrairement à l'opinion des embryologistes, étaient absolument opposés à la désunion artificielle de ces deux êtres.

RAPPORT

M. GUÉRIN. En juillet 1873, je fus chargé de faire un rapport sur une note de M. le docteur Surmay, relative à l'emploi simultané et successif de l'opium et du chloral. Cette note, remplie d'intérêt, consiste en une observation prise avec le plus grand soin, et suivie de réflexions pratiques utiles à publier. Le but de M. Surmay est le suivant : remplacer le chloroforme par l'opium et le chloral réunis. L'observation prouve que ce but a été atteint puisque M. Surmay a pu faire de cette façon une amputation de cuisse dans le sommeil anesthésique le plus complet. Le moyen est facile, puisqu'il lui a suffi d'administrer, le matin à son malade, 15 centigrammes d'opium en trois doses, à une heure d'intervalle; puis, 2 gr. 60 de chloral de dix à trois heures. C'est à ce moment que l'amputation a été pratiquée sans que le malade ait eu la moindre conscience de l'opération. Ce fait est extrêmement important, exceptionnel peut-être, car il s'agissait d'un alcoolique, et je ne sais pas si tous les malades supporteraient indistinctement la même médication; mais le résultat, je le répète, n'en est pas moins remarquable.

Le dix-septième jour après l'opération, sans que rien puisse légitimer ou expliquer l'invasion des accidents, le tétanos se déclare, et, malgré l'administration de nouvelles doses de chloral, le malade suc-

combe. Certes, il est impossible de conclure, d'après cette seule observation, à l'efficacité du moyen employé et, bien que la terminaison fatale ne puisse, en aucune façon, être attribuée à la méthode, il serait peut-être bon de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits. L'observation de M. Surmay n'est pas d'ailleurs absolument unique, et il cite plusieurs cas dans lesquels M. Dumesnil, de Rouen, aurait employé le même procédé, avec moins de résultat cependant, puisqu'il a été contraint de terminer par quelques inhalations de chloroforme. Pour ma part, je n'ai pas trouvé l'occasion d'employer la méthode anesthésique de M. Surmay, qui, pourtant, chez les alcooliques comme dans son observation, pourrait, je crois, rendre des services. En résumé, l'usage simultané et successif du chloral et de l'opium en remplacement du chloroforme, me paraît une tentative digne d'un grand intérêt, et je crois qu'il serait utile de publier l'observation de M. Surmay.

C'est donc par cette proposition que je termine, et par celle de placer M. Surmay en rang très-honorable parmi les candidats à la place de membre correspondant, m'appuyant en cela sur les nombreux titres qu'il m'a adressés à la suite de sa communication.

DISCUSSION

M. PAULET. Je ne sais guère jusqu'à quel point la société, en publiant le fait de M. Surmay, ne donne point son adhésion à sa méthode. Or, dans le cas qu'il a relaté, y a-t-il eu avantage à substituer l'opium et le chloral au chloroforme? J'en doute. Aussi la publication, proposée par notre collègue, ne me paraît-elle pas exempte d'inconvénients.

M. GUÉRIN. Je répare une omission importante dans mon rapport, omission tout en faveur de M. Surmay. Son malade était alcoolique et, en outre, atteint d'un catarrhe bronchique des plus graves, ce qui explique les dangers qu'aurait pu lui faire courir l'administration du chloroforme.

M. DEMARQUAY. J'ai fait, il y a deux ans, des expériences sur l'emploi simultané de l'opium et du chloroforme, et j'ai remarqué que cette association déprimait notablement la température animale. Aussi l'emploi de cette méthode me paraît-il ne pas devoir répondre aux espérances qu'avaient conçues Cl. Bernard et les Allemands.

M. LE FORT. Je ferai remarquer que la société n'a point à approuver ou à improuver les recherches de M. Surmay. Depuis longtemps on cherche à prolonger l'anesthésie, sans pour cela forcer l'adminis-

tration du chloroforme. A ce point de vue, la tentative de M. Surmay est très-intéressante et mérite à tous égards la publication.

Les conclusions de M. Guérin sont adoptées.

COMMUNICATIONS

Fracture comminutive du péroné; arrachement de la malléole interne; luxation du tibia en dedans et issue de la surface articulaire tibiale à travers une plaie; destruction des ligaments articulaires; gangréne du pied; amputation de la jambe au lieu d'élection pendant le sommeil anesthésique obtenu au moyen de l'opium et du chloral. — M. SURMAY. J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie l'heureuse expérience que je viens de faire d'un nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie dans les opérations chirurgicales et qui consiste dans l'association de l'opium et du chloral. Voici le fait :

Le 23 juin 1873, on apporte à l'hopital un homme de soixante-trois ans, qui, dans une manœuvre d'atelier, venait d'être gravement blessé. A travers une plaie de la face interne de la région tibio-tarsienne, l'extrémité articulaire du tibia complétement luxée faisait issue; la malléole interne était arrachée et ne tenait plus que par le ligament tibio-tarsien; le péroné était fracturé à 6 centimètres environ au-dessus de la malléole externe. Comme la plaie était parfaitement nette et régulière, comme il était facile de remettre et de maintenir les parties en place, je pris le parti de tenter la conservation du membre, et j'agis en conséquence.

Le malade en question, nommé B..., était un vieil ivrogne que j'avais bien des fois soigné dans des attaques de *delirium tremens*, et qui, d'ailleurs, n'avait peut-être pas eu, depuis un an, huit jours de lucidité entière, je pensai à me mettre en garde contre une nouvelle attaque de délire, et je prescrivis 8 centigrammes d'extrait thébaïque, en huit pilules à prendre d'heure en heure.

La même prescription fut faite et observée le lendemain, et, le jour suivant, 26 juin, le malade étant resté calme, la dose d'extrait thébaïque fut abaissée à 5 centigrammes.

Mais le délire commença dans la nuit du 26 au 27. Je remarquai aussi le 27 au matin que les lèvres de la plaie étaient sphacélées. — Extrait thébaïque, 10 centigrammes en dix pilules, d'heure en heure.

Le délire continua le 27, et malgré 10 centigrammes d'opium don-

nés dans la journée, l'agitation devint telle pendant la nuit du 27 au 28 qu'il fallut attacher le malade sur son lit.

Le 28 au matin, B... était un peu moius agité, mais on ne l'avait pas détaché, et il était eo délire complet. De plus la gangrène s'était étendue à tout le pied. Je pris la résolution de pratiquer, le jour même, l'amputation au lieu d'élection.

L'âge du malade, ses habitudes si anciennes d'ivrognerie, un vieux catarrhe bronchique dont il était atteint, me parurent fournir une contre-indication formelle à l'emploi des inhalations chloroformiques. Pourtant, je désirais vivement, sinon anéantir, du moins diminuer la résistance d'un tel patient. Pour atteindre ce but avec le moins de danger possible, j'eus alors l'idée d'associer l'action de l'opium à celle du chloral et j'instituai la médication suivante :

15 centigrammes d'extrait thébaïque seront donnés en trois doses égales, la première à dix heures du matin, la deuxième à onze heures et la troisième à midi. L'administration de l'opium sera suivie de celle du chloral à la dose de 2 gr. 50 en 60 grammes de sirop simple, en trois fois , dont la première aura lieu à une heure, la deuxième à deux heures et la troisième à trois heures, après quoi il sera procédé à l'opération.

Les choses ayant été faites ainsi que je les avais prescrites, le sommeil vint progressivement, sans aucune agitation, et il fallut réveiller le malade pour lui faire prendre la dernière dose de chloral. Lorsque j'arrivai, à trois heures, je le trouvai bien endormi, la figure bonne, la respiration parfaitement régulière et calme, le pouls à 96 environ, environ, la peau moite et chaude.

On transporte B... sur la table d'opération, et cette manœuvre lui fait ouvrir les yeux. Pendant toute la durée de l'opération, il sourit et parle comme un homme pris d'une douce ivresse et ne manifeste un peu de sensibilité que par quelques mouvements réflexes. Il se rendort pendant le pansement à l'ouate, et, remis dans son lit, il dort jusqu'au lendemain à quatre heures du matin, ne se réveillant que pour demander à boire et reprenant aussitôt son somme.

A partir de quatre heures du matin jusqu'à l'heure de ma visite, le malade fut parfaitement calme, tantôt sommeillant, tantôt éveillé et parlant peu dans un délire tranquille.

C'est en cet état que je le trouvai à neuf heures du matin, ne souffrant que de quelques picotements dans la jambe, ayant une soif assez vive, ignorant absolument l'opération qu'il avait subie.

C'est dans le même état satisfaisant qu'il est aujourd'hui, 12 juillet, treize jours après l'opération. B.., qui depuis un an, ainsi que je le

disais au commencement, n'a presque pas eu de lucidité entière, mais a été presque constamment soit en délire tranquille, soit en délire agité, est toujours le même. Il n'a presque pas cessé de prendre chaque jour de l'extrait thébaïque, à la dose de 10 à 15 centigrammes, car quand j'ai essayé de supprimer le médicament l'agitation est revenue. Pour le reste, il est aussi bien que possible ; il est sans fièvre, il mange un peu, et sa plaie, que j'ai dû découvrir huit jours après le premier pansement, a été trouvée alors en bon état. Rien n'annouce qu'il en soit autrement à l'heure qu'il est et je me propose de laisser l'appareil ouaté pendant quinze jours au moins s'il ne survient aucune indication de le renouveler.

Ainsi voilà une anesthésie aussi complète et aussi heureuse que possible obtenue au moyen de l'association à doses modérées de l'opium et du chloral. Si, dans les expériences que j'appelle, tout devait être aussi heureux et aussi simple, nul doute qu'un grand progrès serait réalisé dans les procédés pour procurer l'insensibilité aux malades soumis aux opérations de la chirurgie. C'est matière à expérimentation sérieuse, et il n'y a pas pour cela de plus parfaite compétence que celle de l'éminente société à laquelle j'ai l'honneur de m'adresser.

Les accidents mortels qu'il faut attribuer anx inhalations de chloroforme sont déjà si nombreux que, tout en continuant d'employer ce moyen, on en cherche toujours un autre qui soit moins dangereux. C'est ainsi que, après les expériences de M. Cl. Bernard sur les animaux, M. Guibert, de Saint-Brieuc, puis MM. Labbé et Goujon ont fait précéder les inhalations chloroformiques d'injections de morphine et ont obtenu des résultats heureux. On a pu ainsi arriver à l'anesthésie avec des inhalations moins prolongées, on a pu supprimer, peut-être, la période d'agitation qui précède le sommeil chloroformique ; mais on n'a pas supprimé ces inhalations, et c'est certainement dans ce mode même d'administration du chloroforme qui ne permet pas le dosage du médicament et qui en rend l'absorption extrêmement rapide qu'il faut voir l'une des principales causes des accidents terribles qu'on a eu à déplorer. Ne sait-on pas que bien des fois la mort est arrivée subitement après la première inhalation?

On a tenté aussi d'obtenir l'anesthésie au moyen du chloral seul. M. le docteur Noir, de Brioude, est, je crois, le premier qui ait fait cet essai, en France, et le résultat a été l'iusensibilité désirée. Mais la dose a été portée à 5 grammes, et ce n'a pas été sans certains phénomènes pénibles et inquiétants. A l'étranger la même expérience

a été faite ; les mêmes accidents se sont reproduits, et même la mort s'en est suivie.

Je ne sache pas que l'association de l'opium et du chloral, telle que je l'ai faite, ait été appliquée auparavant. J'ai vu, dans cette manière de procéder, l'avantage de substituer aux vapeurs du chloroforme, le choral qui paraît être moins dangereux, de pouvoir doser exactement les substances employées et de les faire pénétrer dans l'organisme par une absorption graduelle, et non par une irruption soudaine, et c'est cette dernière particularité qui m'a fait donner, au moins pour la première tentative, à l'injection stomacale, la préférence sur l'injection sous-cutanée de la morphine. Peut-être sera-t-il permis d'ajouter plus tard que les doses, restant modérées, seront aussi sans danger.

J'en appelle à l'expérimentation, et c'est d'elle seule qui faut attendre la solution de toutes les questions que soulève naturellement la communication que j'ai l'honneur de faire à la société.

Je serais extrêmement heureux que la société jugeât digne de son attention le fait et les réflexions que je viens d'exposer, et qu'elle voulût bien m'accorder l'honneur d'être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

P. S. — Le dix-septième jour après l'opération, sans que rien ne l'ait fait prévoir ni ne l'ait expliqué, à moins qu'il ne faille faire intervenir l'alcoolisme, le malade fut pris de tétanos.

J'employai aussitôt la même médication que j'avais si heureusement mise en usage pour obtenir le sommeil et l'anesthésie. J'obtins exactement le même résultat. Chaque jour B... s'endormait de la même manière, au même moment, et pendant le même temps, pendant qu'il dormait il se plaignait et avait des secousses tétaniques, mais ces secousses étaient beaucoup moins fréquentes et moins énergiques qu'alors qu'il était éveillé, ce qui arrivait tous les matins vers cinq heures. De cinq à dix heures du matin, heure à laquelle il commençait à prendre les médicaments, B... accusait de vives souffrances, puis, à mesure qu'il avançait dans l'exécution du traitement, le calme venait, et enfin il s'endormait jusqu'au lendemain.

Le tétanos n'a pas présenté l'intensité ni surtout cet appareil navrant de torture qu'on lui voit habituellement, et pourtant le malade a succombé le huitième jour après le début qui s'était fait, par le trismus, et la mort est arrivée alors que les contractions occupèrent, sans désemparer, les muscles respiratoires.

Il résulte de cela que la même médication a toujours produit les

mêmes effets chez le même sujet, et relativement au tétanos, qu'elle a diminué les souffrances, mais sans enrayer la maladie qui s'est terminée par la mort.

De la ligature des vaisseaux comme moyen de traitement de l'éléphantiasis des Arabes. — M. DEMARQUAY appelle l'attention sur le fait suivant :

Depuis un certain nombre d'années, des chirurgiens distingués, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et en France ont tenté de guérir l'éléphantiasis des Arabes par la ligature de l'artère principale du membre affecté. Tout récemment un jeune chirurgien distingué publiait, dans la *Gazette médicale*, un résumé succiuct de ces faits, et donnait comme guérie la malade opérée par M. Richard, et dont l'observation avait été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*. C'est cette malade, dont l'observation passe comme un fait de guérison, que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la société.

Cette malade est âgée de trente-huit ans. Mariée, elle est entrée dans mon service, à la fin de sa grossesse, pour y faire ses couches.

Voici les antécédents de la malade : elle n'a, dans sa famille, aucun antécédent que l'on puisse invoquer comme cause de sa maladie.

C'est vers l'âge de quinze ans que la jambe gauche augmente ; la peau durcit sans que la malade éprouve ni gêne, ni douleur. Elle a été réglée à seize ans. Depuis, aucun dérangement dans la menstruation. Dans l'espace de deux ans, la tuméfaction, qui n'avait cessé de s'accroître, fut étendue à la cuisse ; alors la station debout la fatigue, tandis que la marche reste facile. Elle a été traitée à Saint-Louis par M. Cazenave, à l'aide de la compression élastique, sans succès.

Elle entra, en 1864, à l'hôpital Cochin, dans le service de notre regretté collègue M. le docteur Richard. A ce moment, le membre gauche est envahi depuis les orteils jusqu'à la racine du membre. La peau et le tissu cellulaire sont indurés. L'impression du doigt n'est point conservée, impossibilité de faire un pli à sa peau, qui est rugueuse, quoique ayant conservé sa coloration normale. La partie inférieure de l'abdomen et de la fesse commence à être envahie. M. Richard pratique la ligature à la base du triangle de Scarpa, entre la fémorale profonde et l'épigastrique.

Les suites de l'opération ont été satisfaisantes. Dès les premiers jours, la tension disparaît; la circonférence diminue de 5 centimètres. Compression méthodique cinq semaines après l'opération. Sous ces

deux influences la tuméfaction a diminué de 10 centimètres environ de circonférence, mais bientôt la compression n'est plus supportée. Sur la jambe, la peau a repris sa souplesse ; on ne sent plus de points indurés au milieu du genou; les tissus commencent à prendre leur consistance normale. A la vue, lit-on dans l'observation, le membre paraît à peine plus volumineux que celui du côté sain. Il n'a point été possible, au moment de la sortie de la malade, de percevoir d'une manière évidente la circulation au niveau des malléoles. Les battements sont-ils faibles ? Le tissu cellulaire n'est-il pas assez souple ? voilà les principaux détails de l'observation publiée par la *Gazette des Hôpitaux*.

Depuis, la malade a perdu les bénéfices de son opération, le membre a repris un volume considérable ; la malade marche avec peine.

Les couches de cette femme ont été bonnes; elle est complétement rétablie, sauf quelques malaises sans importance. L'externe du service, M. Hybre, a pris la température des deux membres inférieurs, et il a signalé la différence suivante :

Du côté sain au pli de l'aine. . . . . . 36°6
A la malléole externe. . . . . 33°0

Du côté malade et dans les mêmes points il a trouvé :

Au pli de l'aine. . . . . 36°3
A la malléole externe. . . . . 33°1

La mensuration donne le résultat suivant :

MEMBRE SAIN		APRÈS L'ACCOUCHEMENT — MEMBRE MALADE — 1 jour après.		25 jours après.	
A l'aine.	53 c.	A l'aine. . .	74	70	—
Cuisse, partie moyenne.	44 c.	Cuisse. . . .	78	65	—
Genou, pli articulaire.	35 c.	Genou. . . .	35	43	—
Jambe, partie moyenne.	30 c.	Jambe. . . .	30	47	—
Malléoles.	21	Malléoles . .	21	24	—

Voilà un fait qui n'est point favorable à sa méthode. Reste à savoir si, dans les cas de succès qui ont été publiés dans les journaux américains, anglais et allemands, on a eu réellement affaire à de véritables éléphantiasis des Arabes, si les malades ont été suivis.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la société a été considérée comme guérie par notre éminent collègue, et cependant, il est facile de voir que cette femme a subi une opération grave en pure perte, avant de suivre les conseils donnés par un certain

nombre de chirurgiens distingués, il faudrait savoir ce que sont devenus les opérés. Combien, en un mot, sont morts aux suites de ces ligatures de gros vaisseaux, et combien il en reste de guéris.

LECTURE

M. NOISET fait une lecture sur le traitement des fractures compliquées par de nouvelles gouttières en zinc.

COMMUNICATION

Nouvelle communication relative au traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal. — M. DUPLAY. Je désire compléter la communication que j'ai faite dernièrement à la Société de chirurgie sur le traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal. On se rappelle que, dans la méthode thérapeutique que je préconise, le chirurgien doit, après avoir redressé la verge, créer d'abord l'urèthre nouveau d'avant en arrière, c'est-à-dire depuis le gland jusqu'à une petite distance de l'ouverture hypospadienne en laissant persister cette ouverture ; puis, dans un dernier temps, pratiquer l'abouchement des deux portions de l'urèthre.

Il y a six semaines, j'ai eu l'honneur de vous montrer un jeune homme de vingt-deux ans chez lequel j'avais reconstitué environ 9 centimètres du canal, à l'aide d'un procédé opératoire que j'ai décrit. Chez ce jeune homme, il restait, au niveau de l'ouverture hypospadienne, une sorte de fistule ayant à peine 1 centimètre, et qui restait à combler.

Ce dernier temps a été pratiqué il y a cinq semaines. Le procédé opératoire a consisté dans un avivement circulaire de l'ouverture que j'ai fait très-largement. Puis les surfaces avivées ont été réunies à l'aide de trois fils d'argent traversant obliquement toute l'épaisseur des parties, comme pour la fistule vésico-vaginale, d'après le procédé américain. Afin d'assurer une coaptation plus exacte, j'ai placé, entre les points de suture, deux épingles traversant à peine la moitié de l'épaisseur des surfaces avivées, et je les ai assujetties par un fil en huit de chiffre ; une sonde nº 20 avait été placée à demeure dans la vessie.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Au bout de quarante-huit heures, la présence de la sonde déterminant quelques douleurs et l'urine commençant à filtrer par le méat autour de la sonde, j'enlève celle-ci et, comme la fistule paraît complétement réunie, je

laisse uriner le malade seul, en prenant la précaution de le faire placer sur les coudes et les genoux, de manière que l'écoulement de l'urine soit plus facile. Après chaque miction, on injecte par le méat un peu d'eau que l'on fait ressortir par une douce pression exercée d'arrière en avant.

Dès le troisième jonr, j'enlève les épingles, puis, successivement, le sixième, septième et huitième jour, les trois fils de la suture profonde. La réunion par première intention avait eu lieu.

Aujourd'hui le malade, que vous pouvez examiner de nouveau, ne présente plus de traces apparentes de son vice de conformation. Les fonctions urinaires s'exercent parfaitement bien, et l'urine est projetée avec force et par un jet volumineux. Le seul inconvénient est le séjour, dans la partie profonde du nouveau canal, de quelques gouttes de liquide que le malade expulse aisément après chaque miction par une pression exercée à la racine des bourses. L'éjaculation a lieu sans difficulté ; le sperme ne sort pas en bavant et est lancé à quelques centimètres.

Afin de ne pas abuser des moments de la société, je présente en même temps que ce sujet, complétement guéri, un de mes opérés, âgé aujourd'hui de dix ans, et sur lequel j'ai commencé à appliquer ma méthode thérapeutique dès 1868.

Ce petit malade, que j'ai perdu de vue pendant près de quatre ans, et chez lequel je n'ai pas obtenu encore l'abouchement des deux portions de l'urèthre, a subi ces jours derniers une petite opération complémentaire.

Au moment où je l'ai opéré pour la première fois, je n'attachais pas d'importance à la confection du méat urinaire ; mais ayant reconnu depuis son utilité, surtout au point de vue fonctionnel, j'ai voulu réparer cette imperfection. De plus, comme j'ai cru remarquer que l'une des causes d'insuccès, dans les deux tentatives que j'ai faites pour aboucher les deux portions de l'urèthre, tenait à la largeur de la fistule persistante, je me suis proposé, en même temps que je réparerais son méat, de prolonger un peu en arrière le nouveau canal, ou, en d'autres termes, de rétrécir la fistule.

Cette double opération a été faite, il y a quinze jours, à l'hôpital Saint-Antoine, et, quoique le résultat ne soit pas encore parfait, on peut constater que, chez cet enfant, il existe un urèthre de nouvelle formation avec un méat à peu près normal, et se terminant à un demi-centimètre de l'ouverture hypospadienne.

Il me reste encore, avant de songer à aboucher les deux portions de l'urèthre, ce que je ne compte pas faire avant quelques années, à

compléter le méat et à fermer une petite fistule offrant à peine 2 millimètres, et qui siége à 1 centimètre en avant de l'ouverture hypospadienne. Dès à présent l'enfant urine, partie par l'ouverture hypospadienne, partie par le méat de nouvelle formation.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DUBRUEIL présente une malade à laquelle il a pratiqué une restauration de la sous-cloison à l'aide d'un lambeau pris sur la lèvre supérieure.

M. DEMARQUAY. J'ai publié, il y a vingt-cinq ans, un fait analogue. Mon maître Blandin avait employé le même procédé de restauration dans un cas identique.

ÉLECTION

Il est procédé au vote sur la demande de l'honorariat faite par M. Chassaignac. — 26 votants. — A l'unanimité moins une voix, M. Chassaignac est nommé membre honoraire.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — *La Gazette hebdomadaire.* — *La France médicale.* — *Le Progrès médical.* — *Le Mouvement médical.* — *La Tribune médicale.* — *L'Abeille médicale.* — *Le Bulletin gé-*

néral de thérapeutique. — La Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — La Gazette médicale de Strasbourg. — Le Bordeaux médical. — La Revue médicale de Toulouse. — Le Bulletin de la société de médecine de la Sarthe. — Le Bulletin médical de l'Aisne. — Le Lyon médical. — Le Marseille médical. — Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Étude sur les relations qui existent entre les artères articulaires et les articulations, par F. Chiais. — *De la trachéotomie dans le croup et de la dilatation forcée et intermittente du larynx à l'aide du dilatateur laryngien,* par le docteur Desprès, de Saint-Quentin. — *Contribution à l'étude des épidémies cholériques,* 1866-1873, par le docteur E. Besnier. — *Comptes rendus de la commission des maladies régnantes,* par le docteur Ern. Besnier.

M. ROUX, de Brignoles, adresse un mémoire manuscrit sur : *la Fièvre uréthrale* (comm.: MM. Le Fort, Sée, Paulet).

M. DUMONT de Baños de Esamo adresse une observation manuscrite intitulée : *Extraction, par la taille, d'un calcul phosphatique prostatique du poids de* 80 *à* 90 *grammes* (comm. ; MM. Demarquay, Lannelongue, Horteloup).

M. LARREY offre à la société : *le Bulletin de l'Académie de médecine pour* 1873.

RAPPORT

M. DESPRÈS lit un rapport sur une note de M. le docteur Vidal, intitulée : *Fracture de la rotule et du condyle externe du fémur par coup de feu traversant l'articulation. Sortie de la balle dans la lésion poplitée en dehors de la ligne médiane. Résection du genou. Suture osseuse. Guérison.*

Résection du genou. — M..., âgé de vingt-deux ans, soldat au 35ᵉ de ligne, blessé le 30 septembre 1870 au combat de Chevilly, avait reçu une balle au genou gauche. Cette balle avait fracturé la rotule et pénétré dans l'espace intercondylien et était sortie par le creux poplité. Trente-six heures après la blessure, M. Vidal, au soin duquel était confié le malade, appela M. Lannelongue, qui, en présence de Nélaton, pratiqua la résection du genou par le procédé à un lambeau antérieur ovale. La rotule fut enlevée, puis les deux condyles ont été reséqués, et une esquille a été enlevée du fond de l'espace intercondylien. Un centimètre de l'épaisseur de l'extrémité supérieure du tibia a été ensuite reséquée. Puis M. Lan-

nelongue procéda à la suture osseuse et appliqua trois points de suture métallique en argent. Le membre a été immobilisé dans trois attelles plâtrées.

La plaie, qui n'avait point été réunie entièrement par première intention, s'était refermée en partie le 5 octobre. La suppuration commença le 7 octobre, et, le lendemain, un drain fut passé dans la plaie, qui était arrosée et lavée avec un mélange d'eau alcoolisée. Un débridement, pour faciliter l'écoulement du pus, a été nécessaire. Le 22 octobre, l'œdème de la jambe annonce la formation d'une fusée purulente qui apparut bientôt dans le mollet. M. Vidal ouvrit, à cette époque, en ce point, un abcès profond. Le 10 novembre la suppuration continuait son cours et la plaie bourgeonnait. La consolidation osseuse, à cette date, était parfaite, quoique les fils ne fussent point retirés.

Le 5 janvier, la cicatrisation était presque complète, mais il restait une fistule sur le côté externe, et, par cette fistule, on arrivait sur e fémur dénudé.

Le 20 janvier, suppuration abondante par l'orifice fistuleux. Fusée purulente vers la cuisse, drainage.

Le 3 février, fusée purulente dans la longue portion du biceps, ouverture.

Le 5 mars, issue d'un séquestre par la fistule de la région externe.

Le 10 mars, fistule sur la cicatrice de la plaie de l'opération au niveau des points de suture. Extraction de ces fils.

Le 20 mars, le blessé est transféré à l'ambulance de Saint-Cloud. Il peut déjà s'appuyer sur son membre, mais il restait une fistule à la partie externe.

Ici, il y a une lacune de trois ans et demi, pendant lesquelles il n'y a aucunes nouvelles du malade. M. Vidal a revu son opéré dernièrement, et celui-ci était dans l'état où il vous l'a présenté. Il y a, vous vous le rappelez, un raccourcissement de 5 centimètres. Le malade boite surtout parce qu'il a le membre inférieur rigide, et il dit qu'il peut faire une longue course, appuyé seulement sur une canne. Le tibia et le fémur sont soudés. Il y a deux fistules, une au niveau d'un des anciens points de suture, l'autre au niveau d'une des anciennes ouvertures d'abcès, et, par cette dernière, d'après M. Vidal, on pénètre profondément jusqu'au fémur. L'os que j'ai palpé est notablement tuméfié. Le malade ne souffre pas en dehors de la fatigue et des changements de temps, mais les fistules se sont ouvertes et refermées à plusieurs reprises après avoir causé des douleurs et une inflamma-

tion classique que vous connaissez tous et qui est due à la rétention du pus provenant du foyer d'une nécrose.

L'opération de la résection du genou a été déjà jugée par la Société de chirurgie, mais là comme toujours les avis ont été partagés. M. Giraldès a invoqué les succès anglais, M. Larrey a parlé des succès obtenus en Allemagne; mais un bon nombre des membres de la société étaient d'avis que la résection du genou ne réussissait que dans les cas où elle « n'était pas toujours nécessaire ». En effet, il semble démontré que les Anglais resèquent le genou pour des tumeurs blanches dont nous obtenons la guérison par l'immobilisation. Mais relativement aux plaies par armes à feu, les chirurgiens sont à peu près d'un avis unanime, en Angleterre et en France, pour reconnaître que la résection du genou ne convient pas aux blessures articulaires par un projectile de guerre. Les Américains mêmes préfèrent la désarticulation du genou avec résection des condyles (1).

Ce qui motive cette opinion, c'est, en premier lieu, l'expérience, et cela ressort des statistiques de M. Le Fort (2) et de celles de M. Penières (3). C'est, en second lieu, cette considération qu'il faut reséquer une portion assez considérable des os. Et ici il me sera permis de faire remarquer, sans vouloir critiquer la pratique de notre collègue M. Lannelongue, que la section qu'il a faite sur le fémur pour reséquer les condyles portait en plein dans le trajet de la balle, et qu'il a laissé une partie de l'os contusionné par ce projectile ; et c'est cette partie qui, sans aucun doute, a été le point de départ de la névrose progressive qui occupe aujourd'hui toute l'extrémité inférieure du fémur.

Lorsque l'on resèque le fémur et le tibia bien au-delà des limites du mal, les conditions sont bien plus défavorables, puisque l'on a un clapier plus vaste comprenant à la fois les restes de l'articulation et ses loges musculaires et aponévrotiques voisines. Ceci n'avait pas échappé aux chirurgiens de tous les pays.

Le fait qui vous est soumis n'est pas unique. Au-dessous de trente ans, les résections du genou peuvent guérir. Il faut néanmoins considérer le résultat comme très-heureux. L'opération a donné un résultat immédiat incontestable ; le malade n'a point subi cette infection purulente redoutable qui est l'écueil de la résection du genou. Les soins

(1) Desprès. *Rapport sur la désarticulation du genou. Bull. Soc. de chir.* 1873-1874.

(2) Le Fort. *Mémoire de la Société de chirurgie*, t. VI.

(3) Penières. *Résection du genou.* Thèses de Paris, 1869.

consécutifs, attentifs et intelligents qui ont été donnés au malade expliquent comment les accidents ont pu être éviter. Mais il reste une une lésion, le malade n'est pas guéri.

M. Vidal nous demande quel appareil il serait possible d'appliquer à ce malade pour empêcher la claudication. Il y a, messieurs, une question préalable ; le malade en est-il là ? eh bien, je n'hésite pas à répondre non.

Il y a des fistules, au nombre de deux, qui sont la conséquence d'une nécrose du fémur; le blessé est dans les conditions d'un malade ayant eu une fracture avec plaie du tégument et atteint consécutivement de nécrose du col et des parties de l'os voisines du col, fait extrêmement fréquent, pour ne pas dire constant, après les fractures par projectiles de guerre. Avant de songer à faire porter un appareil au malade, il faut le guérir de la nécrose, et cela n'est pas facile. A dire la vérité, et pour ne rien déguiser de ma pensée, j'estime que tôt ou tard, le chirurgien aura à se poser la question de l'amputation de la cuisse, absolument comme s'il s'agissait d'une fracture articulaire avec ankylose consécutive et nécrose des os près de l'articulation. Oui, sans doute, aujourd'hui l'état des parties n'est pas mauvais, mais considérez que le malade vous est montré dans un de ses bons moments. Il a, en effet, subi pendant près de quatre ans des alternatives de mieux et de pire. Les fistules se sont taries, fermées, puis réouvertes, et ont présenté tous les caractères des fistules de la nécrose, et, quand, depuis quatre ans, il existe une nécrose, il est bien peu probable que le séquestre du fémur soit limité et qu'on puisse l'extraire.

Il se trouvera sans doute des chirurgiens qui feront des incisions, gratteront le fémur, obtiendront la guérison momentanée des fistules, mais la nécrose d'un cal ne se prête pas à ce genre de traitement, surtout lorsqu'il s'agit du fémur. D'autres feront des injections iodées, peut-être des injections de liqueur de Villate. Nous verrons peut-être ce malade de nouveau à la Société de chirurgie avec ses fistules fermées. Mais je n'hésite pas à penser qu'un jour son observation sera publiée par celui qui se sera décidé à faire l'amputation de la cuisse sur la demande du malade lui-même, fatigué d'être toujours en traitement pour un mal qui ne guérit pas.

DISCUSSION

M. LANNELONGUE. Je tiens à m'expliquer sur deux points bien distincts. Le premier est relatif au manuel opératoire que j'ai adopté.

On me reproche d'avoir pratiqué la résection au point même de l'entrée de la balle : et ce serait cette faute opératoire qui aurait déterminé la formation des fistules mentionnées. Il n'en est rien; j'ai reséqué bien au-dessus de l'orifice fistuleux et à une certaine distance au-delà du fragment postérieur détaché. Quant au résultat de mon opération, M. Desprès me semble commettre une erreur. Je le trouve en effet bien sévère lorsqu'il affirme que mon malade réclamera l'amputation de la cuisse, alors qu'aujourd'hui ses orifices fistuleux sont guéris et que la portion d'os dénudé s'est bornée à une esquille que M. Vidal a pu retirer avec la plus grande facilité. Son genou ne présente rien qui doive nous inquiéter; il n'a pas besoin d'appareil, il fait à pied jusqu'à 5 et 6 kilomètres, en un mot il est guéri, et, contrairement à l'opinion de M. Desprès, je considère ce fait comme un des plus probants en faveur de la résection du genou. Qu'y avait-il en effet à proposer au malade au lieu de la résection? L'amputation de la cuisse? Il faudrait, par un grand nombre de chiffres, établir la supériorité de cette dernière, ce que je ne suis pas en mesure de faire; aussi considéré-je mon opération comme bonne.

M. VERNEUIL. J'abonde dans le sens de M. Lannelongue. Je ne puis laisser passer cette assertion, que tous les chirurgiens français rejettent la résection du genou dans les plaies par armes à feu. Je ne sais si, d'une manière absolue, elle donne de meilleurs résultats que l'amputation de la cuisse; mais je suis d'avis qu'il faut la pratiquer lorsque le blessé offre des ressources suffisantes et qu'il y a des indications réelles. M. Le Fort et moi-même avons été témoins de guérisons dans des cas où l'amputation eût été impossible. La grande objection de M. Desprès repose sur l'existence de fistules; mais si l'on se basait sur ce fait, il faudrait proscrire presque tous les cas de résection indiqués. Le malade de M. Lannelongue est-il donc si malheureux? Sans doute il ne peut exercer la profession de facteur rural, mais une foule d'autres occupations lu sont permises; un de mes opérés guéris était laboureur, et un de ceux de M. Le Fort braconnait avec une persistance déplorable; un autre de mes malades a pu, après guérison, rejoindre le camp de Bordeaux et n'a été réformé que bien plus tard. Je considère donc le fait de M. Lannelongue comme extrêmement intéressant, surtout quand je songe aux mauvais résultats de l'amputation primitive dans les plaies par coups de feu.

M. LE FORT. Je m'associe pleinement à ce que vient de dire M. Verneuil. Je ne sais où M. Desprès a vu que les chirurgiens étrangers blâmaient la résection du genou à la suite des coups de feu. Dans quelques cas d'impossibilité absolue, on comprend l'abstention;

mais ces cas sont fort rares. Un article de règlement observé dans l'armée allemande prescrit de ne pratiquer cette opération qu'en arrière des lignes, c'est donc une opération usuelle ; Langenbeck en est très-partisan, et elle nous a donné en France d'assez bons résultats pour que nous partagions cette opinion.

M. PAULET. J'ai vu deux cas dans lesquels la résection du genou a été suivie d'un plein succès. J'ai conservé, il est vrai, mes malades peu de temps ; mais lorsque je les ai perdus de vue, ils pouvaient être considérés comme guéris.

M. LARREY. Bien que je n'aime pas la résection du genou, il est des cas spéciaux dans lesquels son indication est formelle. Les faits statistiques peuvent du reste juger seuls cette question : et je rassemble depuis longtemps des matériaux dans ce sens. La pratique des Allemands citée par M. Le Fort a été précédée par celle de Percy, par celle de mon père, pour ce qui a trait aux résections du genou pratiquées en arrière des lignes. Quant à la valeur absolue de la résection, je crains qu'on ne prête à M. Desprès une opinion exagérée, et je pense qu'il ne la rejette pas d'une manière aussi absolue qu'on veut bien le dire.

M. PERRIN. Je crois aussi que l'opinion de M. Desprès est qu'il faut être réservé dans la pratique de la résection du genou. Sur ce terrain, je me rapproche beaucoup de sa manière de voir, et j'estime que, dans les conditions de la guerre, la résection du genou ne doit que très-rarement être choisie, et cela non-seulement à cause du préjudice que causent aux opérés des transports plus ou moins incommodes; mais encore et surtout à cause des fêlures qui se prolongent souvent fort loin, qui ne sont point appréciables au moment de l'opération, et qui sont extrêmement fréquentes à la suite des plaies causées par des projectiles aussi volumineux que ceux que l'on emploie. Je ne crois pas, pour ma part, le malade de M. Lannelongue guéri. L'os reséqué présente une fêlure qui dépassait de beaucoup le point de la résection, et l'on sait que l'ostéomyélite suit souvent l'opération de fort loin. Il est donc possible, probable même, que la guérison n'est pas complète, et bien que le fait cité par notre collègue soit encourageant, son malade est à surveiller. Relativement à ce qui a été dit à la translation des blessés en arrière des lignes, je pense qu'il faut absolument, lorsqu'on se détermine à la résection, la pratiquer dans la première journée ; car, si l'on tarde, on entre dans la phase de suppuration, si fâcheuse pour le résultat de cette sorte d'opération. La résection doit donc être pratiquée le premier jour, ou, s'il est possible, très-

longtemps après la blessure, du troisième au quatrième mois par exemple.

M. LE FORT. Je tiens à expliquer ce que j'ai dit relativement au transfert des blessés; j'ai voulu constater que, chez les Allemands, cet article du règlement impliquait, sinon la fréquence, au moins l'usage de cette opération; et cette translation ne veut pas dire que la résection se pratique tardivement, puisqu'elle demande une heure tout au plus.

M. LARREY. Je n'ai pas dit non plus qu'il fallût retarder la résection, mais bien qu'il fallait la différer jusqu'à la translation du blessé en lieu sûr. J'ajouterai qu'il arrive souvent de faire, sans s'en douter, de véritables résections, sinon de nom, au moins de fait, dans les plaies par coups de feu, lorsque l'on pratique l'extirpation immédiate d'esquilles et de fragments très-considérables. Cette dernière opération est d'une utilité incontestable et donne de très-beaux résultats.

M. DESPRÈS. M. Perrin a répondu à deux des principales objections qui m'ont été faites. Aussi ma réplique sera-t-elle très-courte.

Tout en restant convaincu que le malade de M. Lannelongue réclamera un jour l'amputation de la cuisse, je constate que, dans le travail statistique fait par M. Le Fort, la résection donne des résultats deux fois plus mauvais que l'amputation. Les chiffres de M. Chenu confirment ce fait, et, lorsqu'il y douze ans, la Société de chirurgie fut saisie de cette question, MM. Larrey, Giraldès et la plupart de ses membres décidèrent que la résection du genou, passable chez l'enfant, ne devait pas être proposée chez l'adulte. Je regrette que, dans la discussion, on n'ait pas tenu compte de la distinction qui existe entre la résection faite pour un simple écornement des cartilages, et la résection, pratiquée à la suite de bris, d'éclatement des condyles, et je me fais fort de prouver que ce sont les cas simples, lesquels auraient probablement guéri tout seuls, qui ont amélioré la statistique générale des résections du genou. Aussi, tout en considérant le fait de M. Lannelongue comme tout à fait exceptionnel, je fais mes réserves relativement à la nécrose qui s'est produite et que l'on reconnaît à l'énorme développement que l'os a pris. Dans deux ou trois ans, il y aura nécessité d'enlever le séquestre; et ces sortes d'opérations ne réussissent que bien rarement chez l'adulte. Dans de telles conditions, on ne peut dire que ce malade soit guéri, puisque je persiste à croire qu'il sera forcément amené à réclamer l'amputation. Cette opinion est, du reste, émise par M. Gosselin, et je fais, à ce propos, appel au témoignage de M. Tillaux, lorsqu'il déclare qu'en raison

du temps énorme (deux ou trois ans) que nécessite la résection comme séjour à l'hôpital, l'amputation est bien préférable.

M. LE FORT. Si j'étais absolument forcé d'opter, je préférerais rester un an ou deux condamné au repos que d'être exposé à mourir d'une amputation.

Je voudrais que M. Desprès pût citer des faits relatifs aux érosions des cartilages de l'articulation du genou suivis de résection ; car dans la guerre de la sécession et dans notre pratique même, la préoccupation constante des chirurgiens a été la suivante, quelle que fût la lésion : Y a-t-il lieu d'amputer ou de reséquer ? Je n'admets guère, au point de vue de la statistique des succès et des revers, la distinction entre l'écornement pur et simple des surfaces et le bris ou l'éclatement des extrémités articulaires ; ce serait, en traitant la question par l'absurde, avancer que la résection pratiquée sur un genou sain serait constamment suivie de succès, ce qui est faux ; or les cas que nous avons observés avec M. Verneuil étaient bien des cas de bris et d'éclatement intra-articulaires.

M. LANNELONGUE. Je ne sais en vérité pas pourquoi l'on s'obstine à représenter mon malade comme mourant. Il marche, boit et mange parfaitement. Sa fistule est aujourd'hui complétement obturée. Je ne puis m'empêcher de le considérer comme guéri.

M. DEMARQUAY. J'ai fait, dans le siége, trois résections du genou. Sur les trois, je n'ai sauvé qu'un malade, auquel j'ai enlevé 14 c. de fémur.

Muni d'un appareil de Mathieu, il exerce son métier de servant de maçons ; il monte facilement à l'échelle et fait bien son service. Aussi, bien que je ne sois pas absolument fixé sur la valeur des résections dans les plaies par coups de feu, serais-je tenté de les pratiquer avec immobilisation consécutive, surtout maintenant que nous avons à notre disposition la méthode d'Esmarch, laquelle dispense les malades déjà épuisés de toute perte de sang.

M. DESPRÈS. Je ne vois pas, vu l'absence complète de faits, l'intérêt qu'il pourrait y avoir à prolonger cette discussion. Qu'il me suffise de rappeler que les statistiques étrangères, celle de Chenu, les circulaires de Washington, etc., ne sont pas favorables à la résection dans les blessures de guerre, et la statistique de M. Demarquay (1/3), toute fâcheuse qu'elle paraisse, est encore passable relativement aux autres. M. Lannelongue affirme que son malade est guéri. Cette assertion eût aussi bien pu être émise il y a trois ans qu'aujourd'hui, sans avoir pour cela plus de base certaine, puisque les accidents qui sont à craindre chez son opéré peuvent se développer dans un temps fort

long. Je propose, en terminant, de renvoyer aux archives l'observation qui fait l'objet de mon rapport.

La société décide que l'observation et le rapport seront adressés au comité de publication pour l'insertion au *Bulletin.*

COMMUNICATIONS

M. CRUVEILHIER fait la communication suivante :

Tétanos traumatique. — Traitement par les injections de chloral dans les veines. — La publication de la remarquable observation présentée à l'Académie des sciences par M. le docteur Oré et la guérison si rapide de son malade devaient tout naturellement attirer l'attention et inspirer le désir d'appliquer la méthode qui lui avait procuré un si brillant succès.

Je viens présenter à la Société de chirurgie une observation où l'emploi du chloral en injection dans les veines n'a pas été suivi de guérison ; j'ajouterai tout de suite que la méthode de M. Oré n'a été appliquée dans toute sa rigueur qu'à une période déjà avancée de l'affection, par suite du défaut d'instrumentation appropriée et de l'hésitation où j'étais sur le procédé à employer dans une opération assez délicate, diversement décrite par les auteurs, et sur laquelle M. Oré n'a pas cru devoir donner des détails qui lui ont paru sans doute inutiles.

L'affinité des deux faits et surtout la terminaison fatale observée dans le mien m'engagent à vous le soumettre.

Le nommé D..., Adolphe, âgé de trente-trois ans, mécanicien, entre le 5 mars au nº 60 de la salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Saint-Louis.

La lésion qui l'amène est un écrasement de la main droite datant du jour même. Le petit doigt est presque totalement écrasé ; l'annulaire, le médius et l'index sont fracturés au niveau de la phalangette ; l'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'index est ouverte : le pouce est resté sans lésions.

Le soir de l'entrée, hémorrhagie assez abondante par une des collatérales du médius ; la ligature dans la plaie est tentée en vain ; on fait alors de la compression sur le doigt. L'irrigation continue est maintenue pendant une semaine à peu près.

Au bout d'une dizaine de jours, le petit doigt, complétement sphacelé est retranché dans son premier article ; il coule à peine quelques

gouttes de sang, et je m'aperçois que la première phalange est fendue verticalement jusqu'au voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'état général du malade est bon ; il dort, se lève et mange bien.

Le 18 mars, à la visite, le malade accuse un peu de mal de gorge ; il a des mouvements spasmodiques dans les muscles de la face, mouvements qui ont persisté jusqu'à la fin, et qui ont pour effet de découvrir les dents incisives supérieures.

Le 19. — La roideur des muscles masseters se prononce ; le malade ouvre difficilement la bouche ; on songe au tétanos et des injections hypodermiques de morphine sont prescrites toutes les quatre heures.

Le 20. — Le trismus est nettement accusé. Les muscles du dos et du cou restent libres, mais le malade a de temps en temps des crises pendant lesquelles survient une coutracture plus ou moins généralisée, mais toujours sous la forme d'opisthotonos.

Deux faits sont à noter, c'est la liberté des membres, même du bras siége du traumatisme, et d'autre part, l'absence de mouvements réflexes, lorsqu'on vient à exciter une partie du corps.

Le 21. — Même état ; il n'y a toujours que du trismus, mais les crises convulsives sont plus fréquentes. On fait préparer la solution de M. Oré (9 grammes de chloral dans 10 grammes d'eau), et avec la seringue de Pravaz on injecte, dans une des veines cubitales gauches, une quantité représentant à peu près 3 grammes de chloral. Le malade s'endort un quart d'heure à peine après l'injection : il respire largement, le pouls ample, mou, bas, cent fois par minutes ; les dents, qui avant l'injection étaient étroitement serrées, s'écartent spontanément, le malade dort la bouche ouverte. Ce sommeil si calme dure jusqu'à trois heures de l'après-midi, à six heures le malade est dans le même état que le matin.

Le 22. — L'état ne s'est pas aggravé ; je découvre la médiane céphalique, puis je pousse à peu près 5 grammes de chloral; dix minutes après le malade s'endort trauquillement et dort ainsi jusqu'à six heures.

Le 23. — Même état, on injecte dans la veine pédieuse la valeur de 3 grammes de chloral, mais le sommeil est moins prolongé.

Le 24. — Pas d'amélioration ; on ouvre une des veines cubitales droites, avec la lancette, comme pour la saignée, et l'on injecte ainsi par la plaie de la veine 5 à 6 grammes de chloral.

Le malade n'a dormi qu'une heure. En somme la journée a été mauvaise ; les convulsions tétaniques ont été fréquentes ; la roideur

est assez persistante dans les membres inférieurs ; on ne peut les fléchir et les étendre qu'avec difficulté.

Le 25. — Même état ; on fait donner un lavement : 4 grammes de chloral dans 250 grammes d'eau. Le malade s'endort dix à quinze minutes après ; sa femme dit qu'il n'a jamais encore été si tranquille ; à six heures survient le réveil : on donne un deuxième lavement de chloral, et le calme revient avec le sommeil.

Le 26. — Le malade a dormi toute la nuit et n'a eu que de rares convulsions, au dire de sa femme, qui a pu reposer un peu elle-même. Ce matin affaiblissement marqué, mais soif assez intense.

On pratique alors une injection intraveineuse dans la saphène externe en arrière de la malléole ; cette injection comprend 9 grammes de chloral, qui pénètrent intégralement dans le réseau veineux ; à ce moment, le malade, qui accusait ordinairement une douleur limitée, mais assez vive, au moment de l'injection, dit éprouver dans tout le corps une sensation douloureuse au moment où le chloral pénètre dans la veine. Trois ou quatre minutes après le malade s'endort, et sa bouche s'ouvre : il semble dormir assez péniblement, car il pousse de petits gémissements.

Le 27. — Le malade ne s'est pas réveillé depuis vingt-quatre heures ; son sommeil a été très-calme. Mais l'affaiblissement est notable ; le corps est couvert de sueur, le pouls très-faible et très-rapide ; la respiration est un peu saccadée, quelques convulsions animent les muscles de la face.

A onze heures et demie, le malade meurt sans s'être éveillé et sans présenter ni convulsions ni signes manifestes de souffrance.

Le pouls, pris avec soin pendant tout le cours de l'observation, s'est élevé à 100 dès le début du tétanos et a oscillé les trois derniers jours entre 112 et 120.

Quant à la température centrale, elle n'a pu être prise régulièrement par suite de la résistance du malade.

Il est cependant facile de constater sur la courbure thermométrique qu'il y a eu un abaissement graduel de température à partir de l'emploi du chloral, et une ascension dans la dernière période, ascension qui n'a pas été marquée ainsi qu'elle devait l'être, parce que la dernière exploration a eu lieu quinze heures avant la mort.

Autopsie. — L'examen cadavérique a été fait trente heures après a mort.

A l'avant-bras gauche, au niveau du point où l'on a tenté la première injection, existe un abcès assez considérable.

Le tissu cellulaire est complétement sphacélé. La veine cubitale présente sa tunique externe noirâtre et comme sphacélée. Toutes les autres qui ont été ponctionnées pour pratiquer une injection sont un peu épaissies. Leur paroi interne est dépolie et elles contiennent un caillot assez étendu. La veine cubitale droite ponctionnée d'après la méthode conseillée, par M. Béhier, pour la transfusion du sang, présente ces diverses altérations à leur summun d'intensité. Il existe un trombus entre la paroi de la veine et la peau. Un caillot assez volumineux, et dont l'extrémité effilée arrive jusqu'au niveau de la ponction, remplit la veine dans l'étendue de 3 centimètres environ.

La veine pédieuse dans laquelle l'injection a été poussée intégralement présente un calibre assez petit. Des coagulations peu étendues sont séparées par des espaces vides de sang. Une veine collatérale, dont l'anastomose est située à environ 1 centimètre de la ponction, présente des caillots semblables.

La moelle et les centres nerveux étaient très-injectés à la périphérie.

Le poumon droit, vers la partie postérieure du tube supérieur était sphénisé.

Dans le cœur droit se trouvait un caillot fibrineux.

Les reins, ainsi que le foie, avaient subi une régression graisseuse.

L'examen ultérieur de la moelle sera pratiquée.

Je désire attirer l'attention sur quelques points de cette observation.

1° Difficulté de l'injection dans les veines. — J'ai essayé successivement quatre procédés dont le dernier seul a paru donner des résultats certains.

a. En premier lieu : ponction sans dénudation de la veine. Ce serait le plus mauvais procédé puisqu'il nous a donné un phlegmon assez étendu, et qu'aucune coagulation ne se trouvait dans la veine, ce qui semble indiquer que l'injection s'est faite en entier dans le tissu cellulaire.

b. Dans le deuxième procédé, j'ai dénudé la veine et j'ai fait la ponction à travers la paroi. Une partie de l'injection semble encore avoir pénétré dans le tissu cellulaire.

c. Le troisième procédé est celui qui a été conseillé par M. Béhier pour la transfusion du sang. — Arrêt du sang par la bande à saignée. — Ponction de la veine et introduction de la canule dans le vaisseau ouvert. Ce procédé a eu l'inconvénient, chez mon malade, de donner lieu à un écoulement de sang que nous avons évalué à environ 60 grammes.

d. Le dernier procédé enfin, celui auquel je m'arrête définitivement, consiste à charger la veine sur un stylet, puis à inciser une partie de sa paroi. Le stylet empêche l'écoulement sanguin par un bout périphérique, et la canule péuètre facilement dans la lumière de la veine.

2° Le second fait important à établir est l'innocuité de l'injection dans les veines. Je citerai les injections d'eau dans le choléra. Je m'appuierai sur l'opinion professée par M. Vulpian, qui affirme que les injections de chloral ne déterminent aucune phlébite.

Nous verrons, en effet, que les coagulations que j'ai observées tiennent à la nature de l'injection.

3° C'est, en effet, la nature de l'injection qui doit surtout nous occuper. M. Oré conseille une solution de 9 grammes de chloral pour 10 grammes d'eau. M. Vulpian engage à n'employer que la solution au cinquième, et il s'appuie sur l'action trop énergique de la solution de M. Oré sur le sang.

Si l'on met en contact, dans un verre de montre, avec du sang extrait d'un animal strychnisé, la solution de M. Oré, on obtient la même action que si l'on versait de l'alcool; il se fait une coagulation plus ou moins volumineuse qui ne se produit pas si l'on répète la même expérience avec la solution de M. Vulpian. Au microscope, les globules offrent l'aspect crénelé d'une façon très-caractéristique.

4° Un dernier point est de savoir si l'injection intraveineuse a eu une action sur la terminaison fatale.

Rappelons d'abord que M. Vulpian n'admet pas que le chloral guérisse le tétanos. Il fait disparaître, par son anesthésie si remarquable, les convulsions, mais les lésions nerveuses persistent, et l'animal succombe soit à la suite de la réapparition des convulsions, soit par épuisement nerveux.

M. Vulpian a constaté, de plus, que l'effet du chloral ne se prolonge pas au-delà de cinq à six heures, de sorte que la mort ne saurait être attribuée à cet agent lorsqu'elle survient plus de cinq ou six heures après son administration.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés nous permettent d'examiner les conséquences qui, pour M. Oré, découlent du fait présenté à l'Académie des sciences.

La première de ces conséquences est l'innocuité des injections intraveineuse du chloral. M. Oré dit n'avoir observé chez son malade les plus légères traces de phlébite. Dans toutes nos injections, il y eu des coagulations plus ou moins étendues. Nous avons, de plus, signalé l'action de la solution de M. Oré sur le sang. Il nous est donc impos-

sible d'admettre cette innocuité, que nous acceptons *à priori*, pour la solution de M. Vulpian.

Nous ferons aussi des réserves sur la durée de l'insensibilité signalée par M. Oré et qui, dans son observation, est de dix heures en moyenne, M. Vulpian ne l'ayant pas vu dépasser cinq à six heures, ce qui est notre moyenne, sauf pour la dernière injection effectuée sur un malade déjà très-affaibli.

La troisième conclusion de M. Oré est l'espoir de triompher rapidement du tétanos, par ce mode nouveau d'administration du chloral. Je ferai remarquer que, sur les quatre cas déjà connus (les deux de M. Oré, celui de M. Labbé et le mien), il n'y a eu qu'un succès.

Nous ne rappellerons pas combien les expériences de M. Vulpian se trouvent confirmées par ces faits cliniques.

M. LABBÉ fait la communication suivante :

Tétanos à marche suraiguë. — Marche ascendante rapide de la température. — Injection de chloral dans les veines. — Disparition des accidents tétaniques et abaissement de la température. — Retour des accidents tétaniques et élévation de la température. — Mort. — Le nommé P... É..., âgé de vingt-neuf ans, raffineur, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, numéro 2, service de M. Léon Labbé, le 18 mars 1874, dans l'après-midi. Cet homme, habituellement bien portant, s'est réveillé il y a un mois environ avec de l'engourdissement et de l'insensibilité des deux pieds. Depuis cette époque, des plaies sont survenues aux orteils, et il n'en a pas moins continué à travailler.

Le 17 mars, entre neuf et dix heures du soir, il a commencé à ressentir des douleurs dans la région postérieure du cou, et il a cessé de pouvoir ouvrir librement la bouche. Il n'a pu dormir pendant la nuit, il respirait difficilement, et il éprouvait une sensation de constriction à la gorge. Ces symptômes ne disparaissant pas, il se fait apporter à l'hôpital.

Le 18 mars, à trois heures et demie, on trouve le malade en opisthotonos très-accentué, il repose sur l'occiput et le sacrum, il est fortement arc-bouté, le trismus est considérable, on ne peut obtenir l'écartement des arcades dentaires. La parole est pénible, la respiration est difficile, le malade éprouve de la constriction du larynx et une sensation de resserrement de toute la partie supérieure du thorax. A chaque instant de violentes et douloureuses secousses agitent les muscles de la face et du cou. TR. 39°2, pouls 120.

Tout est préparé pour qu'une injection de chloral puisse être faite dans les veines. On se servira d'une seringue en terre qui, remplie contient 6 grammes de liquide, et d'un tube muni d'un robinet qui s'adaptera sur la seringue par l'une de ses extrémités et, par l'autre, pénétrera dans la canule qui aura été introduite dans la veine. La solution de chloral est semblable à celle qui a été employée par Oré, de Bordeaux, elle contient 10 grammes d'hydrate de chloral dissous dans 10 grammes d'eau. Une assez forte machine électrique est préparée.

A cinq heures dix minutes T. R. 39°7, pouls 135.

Une ligature du bras droit est faite pour amener le gonflement des veines. La cubitale superficielle étant assez volumineuse est choisie pour l'opération. Les secousses du tronc trausmises aux membres sont si violentes, que le malade exprime la crainte de voir son bras agité malgré lui au moment de l'opération.

M. Labbé pique la veine, le trocart et la canule sont profondément enfoncés ; le trocart est retiré, et le sang s'écoule. On adapte à la canule la seringue remplie de liquide et munie du robinet qui est fermé. L'adaptation étant exacte, on ouvre le robinet, et à cinq heures dix-sept minutes on commence à injecter lentement la solution de chloral. A cinq heures vingt minutes, en trois minutes par conséquent, ce que contenait la seringue, c'est-à-dire 6 grammes de liquide, représentant 3 grammes d'hydrate de chloral, a pénétré dans la veine. On ferme le robinet, on enlève la seringue, qui est de nouveau chargée, puis adaptée à la canule munie du robinet.

A cinq heures vingt-deux minutes, on pousse doucement le liquide. On voit alors les spasmes douloureux cesser complétement, puis la contracture des muscles du cou, de la partie supérieure du thorax et de la mâchoire. Le malade repose sur tout le dos et non pas seulement sur la nuque. Il se sent très-soulagé, et il exprime son étonnement en voyant qu'il peut facilement desserrer les dents, respirer et parler. A cinq heures vingt-cinq, toute la seconde seringue était injectée. Pendant la dernière minute, il était survenu deux fois de la toux.

A cinq heures vingt-six minutes, la seringue ayant été de nouveau chargée, on continue l'injection. Le malade est très-calme, il tousse légèrement cinq ou six fois. Lorsque, à cinq heures vingt-neuf minutes, la seringue est vide, le malade est immobile, il a la figure dirigée vers le côté gauche, ses papilles sont fortement contractées, et il s'est endormi doucement.

A cinq heures trente minutes, la seringue ayant été remplie au

tiers par le reste de la solution, on continue l'injection qui est achevée à cinq heures trente-trois minutes. Le malade dort, il est en résolution complète, il respire profondément et bruyamment. On avait mis seize minutes pour injecter la solution contenant 10 grammes de chloral.

A cinq heures trente-six, on voit la figure devenir bleuâtre, la respiration est moins bruyante, le pouls est faible, dépressible. A cinq heures quarante-huit ces phénomènes ont disparu, la face n'est plus cyanosée, le pouls a repris sa force, sa régularité.

A six heures, le sommeil est très-profond, les inspirations sont bruyantes. T. R. 39°2, pouls 124, R. 30.

Un infirmier reste constamment auprès du malade. La pile est toute prête au chevet du patient, pour le cas où la respiration viendrait à s'arrêter subitement.

A sept heures trente-cinq minutes, la respiration étant devenue irrégulière et silencieuse, l'infirmier prit peur et pratiqua l'électrisation. Lorsque l'interne de service arriva, le malade respirait, il paraissait souffrir des décharges électriques qui étaient énergiques, il remuait ses bras et ses jambes. On fit cesser l'action de la machine. Tous les muscles étant dans le relâchement, la bouche étant grande ouverte et la langue semblant retomber en arrière, ce qui gênait la respiration, l'interne enfonça son index gauche dans la cavité buccale. Lorsqu'il parvint vers la base de la langue, les mâchoires se resserrèrent si brusquement qu'il fut violemment mordu. Un infirmier eut beaucoup de peine à écarter davantage les mâchoires avec le manche d'une cuiller et à lui permettre de se dégager. Puis le trismus cessa complétement, tous les muscles se relâchèrent, et le malade respira de nouveau très-régulièrement.

A sept heures quarante minutes, T. R. 38°4, pouls 100, R. 30.

A dix heures, commença à faire quelques mouvements et à agiter ses bras.

A onze heures il prononça quelques paroles incohérentes, inintelligibles. La bouche est ouverte, mais par moments les mâchoires se resserrent. Les muscles du cou deviennent de nouveau roides, et l'on fait difficilement fléchir la tête au malade endormi.

T. R. 37°6, pouls 108, R. 30.

A une heure, les mouvements des bras continuent. Le malade répond à une question qui lui est adressée.

A deux heures. T. R. 38°4. La tétanisation des muscles paraît plus intense, les secousses reviennent. Le malade demande à boire, on es-

saye, malgré le trismus, de lui donner du bouillon, mais il est pris de quintes de toux violentes, et l'on doit cesser cette tentative.

A quatre heures, les dents sont fortement serrées les unes contre les autres, les secousses sont très-énergiques. Le malade semble beaucoup souffrir, il se cramponne avec force aux bords du matelas.

A six heures vingt minutes, la respiration s'arrête, on électrise le malade, et elle reparaît après une minute environ. La face à cette heure est bleuâtre, cyanosée, l'opisthotonos et le trismus sont très-accentués, la respiration paraît très-pénible, elle est mêlée de gros râles et s'embarrasse. On dit au malade de cracher, il le fait, prend lui-même son mouchoir et s'essuie.

A six heures trente minutes, TR. 40°, pouls 156, R. 34.

A six heures quarante surviennent des secousses très-violentes qui agitent le tronc du malade, il se tourne vers l'interne dont il saisit fortement le bras. Il y a une tétanisation complète de tous les muscles qui dure environ trente secondes, et il s'affaisse ; ses pupilles se dilatent largement, il était mort. L'électrisation du diaphragme amène quatre mouvements respiratoires très-faibles dans l'intervalle de cinq minutes, puis on ne peut plus rien obtenir.

La colonne du thermomètre laissée à demeure dans le rectum s'est abaissée progressivement. A sept heures et demie, il y avait 39°2, et à neuf heures 37°6.

L'autopsie est pratiquée le 20 mars, à dix heures du matin, vingt-sept heures après la mort. Les poumons sont congestionnés, le sang qu'ils contiennent, ainsi que les autres organes, est noirâtre, visqueux. Le péricarde, le cœur, l'aorte ne présentent aucune altération. Il existe un caillot mou, rougeâtre, peu volumineux dans le ventricule droit ; l'endocarde n'est le siége d'aucune altération. Le foie, la rate et les reins sont également congestionnés.

Dans la veine cubitale superficielle droite, au point où l'injection a été faite, il n'y a ni caillot dans la veine, ni inflammation de la paroi du vaisseau ou des parties voisines.

Le gros orteil droit est le siége d'une gangrène sèche, il existe des plaques de gangrène sur les autres orteils du même pied et sur les orteils du pied gauche. Il n'y a pas d'athérome ni d'oblitération des artères.

En résumé :

Tétanos *suraigu* survenant à la suite de plaies des orteils.

Marche ascendante très-rapide de la température qui, en moins de

deux heures, s'élève de cinq dixièmes de degrés. État grave du malade, qui paraît devoir succomber avant quelques heures.

Injection de 10 grammes de chloral, eu seize minutes, sans autre accident qu'un peu de toux et l'apparition de quelques symptômes passagers d'asphyxie après l'opération.

Disparition des secousses douloureuses et de la tétanisation des muscles après la pénétration, dans la veine, de 3 grammes de chloral.

Sommeil profond après l'injection de 8 grammes.

Abaissement de la température qui, en six heures, descend de 2°1.

Après six heures de sommeil, retour progressif des symptômes tétaniques, et, en même temps, *élévation* de la température qui, en sept heures et demie, monte de 2°4.

La température ne s'est pas élevée après la mort, elle s'est, au contraire, abaissée.

Exprimer le regret qu'une nouvelle injection n'ait pas été faite lorsque les symptômes étaient reparus avec toute leur intensité.

Peut-être pourrait-on employer le chloral dans les affections du système nerveux où l'on voit la température s'élever d'une manière progressive.

Éclampsie. (Obs. dans Bourneville, *État de mal épileptique.*)

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. Il ne faut pas se dissimuler qu'il n'y a aucun espoir à fonder sur une méthode de traitement, quelle qu'elle soit, dans la forme du tétanos suraigu. Quant au procédé même de l'injection, il mérite considération, car j'ai été moi-même parfois assez embarrassé pour pénétrer sûrement dans la veine. M. Cruveilhier a été forcé de dénuder le vaisseau. Je ne saurais donner mon approbation à ce procédé, qui débute par créer un nouveau traumatisme. Voici comment j'agis pour ma part : Me fondant sur ce principe que le plus souvent le tétanos reconnaît pour cause le refroidissement lent ou brusque, le corps étant en sueur, j'établis, dans la chambre du malade, une température constante de 18 à 20 degrés ; de plus, au lieu des injections sous-dermiques, le plus souvent insuffisantes, j'enfonce mon aiguille dans les masses musculaires elles-mêmes, dans les masseters, par exemple ; le trismus cesse aussitôt, et il est alors facile de faire avaler au malade et des aliments, et des médicaments. D'autre part, si les douleurs se communiquent à la nuque, je n'hésite pas à

enfoncer l'aiguille très-profondément dans les muscles de la partie postérieure du cou et à injecter de 10 à 15 centigrammes de morphine. Par cette méthode on obtient, comme avec le chloral, la sédation la plus complète; on assure la transpiration et l'alimentation; en un mot, on gagne du temps. Faisant, comme je le disais, la part des cas suraigus se terminant par la mort en quarante-huit heures, je déclare que j'ai été satisfait de ce moyen simple, susceptible d'être confié à une garde intelligente, et ne nécessitant pas l'opération délicate de l'ouverture d'une veine. Aussi ne me servirai-je du chloral que lorsque sa supériorité sur la morphine me sera absolument démontrée. Je demande donc que la société suspende son jugement sur cette question.

M. MARJOLIN. On se trouve tellement désarmé devant les cas très-graves de tétanos, que l'on doit s'applaudir de voir la thérapeutique se livrer à des recherches dans ce sens. Aussi lorsqu'on est dans une bonne voie serait-il important de n'en point dévier. On a voulu comparer, dans les expériences, le tétanos à l'empoisonnement par la strychnine; je crois que c'est partir d'un mauvais principe et que l'analogie n'existe pas. La méthode ancienne consistant dans les sudorifiques, les opiacés, etc., valait bien quelque chose, mais ne donnait certainement pas les résultats du chloral ingéré. C'est donc à ce dernier parti que je m'arrêterai, considérant comme dangereux au point de vue de la coagulation du sang, du phlegmon possible, l'injection médicamenteuse dans les veines.

M. CRUVEILHIER. M. Vulpian admet deux formes dans la terminaison fatale du tétanos; la forme convulsive et la forme caractérisée par l'épuisement nerveux. C'est dans la forme convulsive que le chloral peut réussir. Le cas de M. Oré est fort curieux à cause de la rapidité de la sédation des accidents. La physiologie a, du reste, démontré l'innocuité des injections veineuses.

M. LE FORT. Le résultat obtenu permet de tirer cette conclusion, toujours la même quand il s'agit de tétanos. On voit parfois guérir des tétaniques, on ne peut dire qu'on les guérit. J'ai vu calmer les accès à l'aide des courants continus ascendants ou descendants. Pour ma part, je ne puis considérer comme parfaite l'analogie entre le tétanos et l'intoxication strychnique ; d'autre part, je crois qu'il serait imprudent de fonder trop d'espoir sur un seul succès. Aussi, considérant les dangers certains de l'injection veineuse, n'hésiterai-je pas à lui préférer l'ingestion du chloral par l'estomac ou par le rectum.

COMMUNICATION

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Enchondrôme de la parotide. — Dans une thèse remarquable sur les tumeurs de la parotide, Auguste Bérard avait établi que l'ablation de la parotide dégénérée entraînait toujours la paralysie de la face. Le fait que j'ai l'honneur de présenter et bien d'autres que je pourrais invoquer, démontrent ce fait, à savoir : l'impossibilité d'enlever une tumeur parotidienne volumineuse sans avoir une section du nerf facial.

Le nommé N..., âgé de quarante-cinq ans, entre dans mon service dans le courant du mois dernier, pour se faire enlever une tumeur volumineuse qu'il porte dans la région parotidienne gauche depuis quatorze ans. Depuis deux ans la tumeur a augmenté de volume, elle est le double de ce qu'elle était avant. Cette tumeur est dure et donne à la main qui la touche la sensation d'une masse cartilagineuse ; elle présente, comme dimension, 12 centimètres de long et 7 centimètres de large. Elle est peu mobile sur les tissus sous-jacents, peu adhérente à la peau. On sent, à sa partie interne, de petits nodules, un peu moins durs que le tissu environnant.

Le 24 mars, la tumeur est enlevée, le malade étant chloroformé : deux incisions en croix, l'une verticale, l'autre horizontale, mettent la tumeur à nu ; on reconnaît qu'elle est située immédiatement au-dessous des fascia superficiales, recouverte par du tissu parotidien en avant. C'est en vain que l'on cherche à éviter le nerf facial ; il est en effet englobé dans la tumeur, pas de rapports immédiats avec la carotide externe, on jette une ligature en masse sur un pédicule qui retient la tumeur aux parties profondément placées. Pansement simple, peu de réaction, et tout marche très-bien.

Sur ce malade, j'ai voulu vérifier si le fait qui avait été avancé par Longet, il y a longtemps, était vrai pour l'homme comme pour les animaux. J'ai voulu, en un mot, savoir si les muscles de la face répondraient un temps assez long à l'excitation électrique, le nerf facial étant coupé ; or il résulte des expériences faites sous mes yeux par mon interne, M. Schwatz, que l'excitation électrique a persisté jusqu'au quatrième et cinquième jour, absolument comme l'avait observé Longet sur les animaux.

Examen de la tumeur. — Tumeur ovoïde à peu près, pesant 240 grammes, bouclée en certains points qui sont comme fluctuants.

Le nerf facial pénètre dans la tumeur.

Les diamètres sout de 12 centimètres en hauteur et 7 centimètres en largeur et épaisseur.

Sur une coupe faite par le milieu de la tumeur, on trouve un tissu grisâtre : en général çà et là quelques noyaux de cartilage plus ou moins grands; en d'autres points des cavités kystiques, renfermant un liquide gommeux.

Au microscope, la substance cartilagineuse présente des cellules ramifiées mises en évidence par la teinture d'iode, ainsi que de la matière glycogène.

La substance grise est formée de tissu connectif et de culs-de-sac glandulaires qui ont proliféré.

DISCUSSION

M. LARREY. Je demande à ajouter un mot à la relation de notre collègue. J'avais été consulté par le malade, ancien intendant militaire. Je lui avais dit que la parotide était peut-être intéressée, que l'opération nécessiterait probablement la section du nerf facial et que la paralysie en serait la conséquence. Ce ne fut qu'ensuite qu'il consulta Nélaton. Aussi demandé-je à être dégagé de l'allusion faite par M. Demarquay, relativement à certain nombre de chirurgiens. Je dois ajouter que mon père a pratiqué une ablation de tumeur parotidienne et cela sans lésion du nerf facial.

M. GUYON. La dissection imparfaite du nerf attenant à la pièce présentée par M. Demarquay ne présente, autant qu'on peut en juger, qu'une branche du facial. Il faut, en outre, tenir compte de la nature évidemment enchondromateuse de la tumeur; on sait que ces productions constituent des tumeurs juxtaposées à la glande, mais ne l'envahissant pas. Pour ma part j'en ai opéré trois. Une, entre autres, sur une jeune fille dont la tumeur repoussait fortement la glande; j'étais assez embarrassé lorsqu'en lisant ce qui avait été écrit sur la matière, je vis que souvent, dans ces sortes de cas, on peut obtenir l'énucléation. Aussi ai-je porté le bistouri directement sur la tumeur, en entamant son tissu propre avaut de rien disséquer. En agissant de la sorte j'ai pu pratiquer l'énucléation sans toucher au nerf facial. Dans le cas présenté par notre collègue, bien qu'il n'y ait pas eu énucléation, je ne crois pas que le facial ait été sectionné. Il est, en effet, difficile d'admettre que ce nerf ait été coupé au niveau de l'apophyse styloïde, sans que la carotide ait été intéressée. Aussi m'appuyant sur les faits que j'ai observés et sur ce qu'on a écrit à ce sujet,

me résumé-je ainsi : je ne crois pas à la section du tronc du facial, et je crois que l'enchondrôme n'a pas envahi la parotide, mais l'a seulement déprimé.

M. GAUJOT. En 1868, j'ai eu occasion d'énucléer un enchondrôme. Je n'ai ouvert aucun vaisseau; mais j'ai arraché le facial, et j'ai observé, par conséquent, une paralysie. Cela tendrait à prouver que le procédé de l'énucléation ne met point à l'abri de cet accident. Je dois dire, du reste, que, depuis 1860, l'état du malade s'est notablement amélioré. Les paupières se ferment mieux : il y a eu évidemment une substitution d'action nerveuse.

M. DEMARQUAY. Je répare une omission. Le microscope a parfaitement démontré dans la tumeur l'existence du cartilage. La paralysie faciale a été observée par moi dès que le malade est revenu à lui. Peut-être n'est-ce qu'une branche du facial qui a été coupée; au surplus, je dois dire qu'à la suite de l'extirpation de certaines tumeurs, d'un lipome sous-parotidien par exemple, extirpation suivie de la section du nerf facial; j'ai vu, au bout d'un certain temps, l'état des malades s'amender; mais cette amélioration se produisait toujours chez de jeunes sujets, jamais chez des vieillards comme le malade dont je présentais la pièce.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

24 votants. — Majorité 13.

1er tour.	M. Nicaise obtient	8 voix.
	M. Krishaber	7
	M. Terrier	5
	M. Perrier	3
	M. Anger	1
2e tour.	M. Nicaise	13
	M. Krishaber	6
	M. Terrier	5

En conséquence M. Nicaise est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

ÉLECTION POUR L'HONORARIAT DE M. BOINET

A l'unanimité moins 1 voix M. Boinet est nommé membre honoraire.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : *La Gazette des Hôpitaux. — L'Union médicale. — La Gazette hebdomadaire. — Les Archives générales de médecine et de chirurgie. — Le Mouvement médical. — Le Progrès médical. — La Tribune médicale. — La Gazette obstétricale. — La Médecine contemporaine. — La France médicale. — Le Moniteur thérapeutique. — Le Bordeaux médical. — La Gazette médicale de Bordeaux.*

M. LARREY offre, de la part du professeur Ch. Martins, une note *Sur un cas de luxation du muscle tibial postérieur comparée à celle des péroniers latéraux.*

M. DESPRÈS. Dans le rapport que j'ai lu dans la dernière séance, je n'avais point fourni de statistiques propres à juger la résection du genou pour les blessures de guerre. La société a paru regretter cette lacune ; je demande la permission d'ajouter quelques informations à ce sujet. J'ai obtenu de M. Chenu la communication des chiffres qu'il a recueillis en faisant la statistique des blessures de la guerre de 1870-1871.

Voici ces chiffres :

Sur 65 blessés auxquels a été pratiquée la résection partielle du genou, la résection des condyles du fémur, il y a eu 62 morts, soit 95,38 pour 100.

Sur 37 blessés auxquels a été pratiquée la résection totale du genou, il y a eu 33 morts, soit 89,19 pour 100 de mortalité.

Les amputations de la cuisse à toutes les hauteurs prises en bloc ont donné seulement 90 pour 100 de mortalité. Mais les amputations de la cuisse au tiers inférieur dans les statistiques ont montré que la mortalité était beaucoup moindre. D'ailleurs les statistiques antérieures plus détaillées de la guerre de Crimée, et qu'a produites M. Chenu, sur l'amputation de la cuisse au tiers inférieur, ont montré que la mortalité n'y est arrivée qu'à 50 ou 60 pour 100.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société que M. le docteur Ollier assiste à la séance.

COMMUNICATIONS

M. GIRAUD-TEULON fait la communication suivante :

Nouvelle méthode d'amplification de l'image ophthalmoscopique. — Dans la séance du congrès international d'ophthalmologie, du 2 août 1872, à Londres, M. Schraeders a présenté, au nom de M. le professeur Coccius, de Leipzig, une modification apportée par ce savant dans la construction de l'ophthalmoscope binoculaire.

Cette modification consistait dans l'application d'une jumelle commune d'opéra, appropriée à la vision des objets rapprochés, aux orifices de la boîte stéréoscopique de l'instrument. M. Coccius ajoutait à cette disposition la présence d'une lentille additionnelle convexe, de 12 pouces, placée symétriquement au devant de la ligne verticale de contact des rhomboèdres, immédiatement en arrière de l'orifice du miroir ; cette dernière lentille avait pour objet l'accroissement de la force amplificatrice de l'instrument, en permettant la vision nette de 16 à 24 pouces de distance.

Cette double modification, dans la pensée de son auteur, devait procurer à l'observateur, comme l'expérience le lui a démontré, un agrandissement notable de l'image droite des parties profondes de l'œil, ayant pour conséquence une observation plus précise des variations de la circulation oculaire sous l'influence des mouvements respiratoires, et une exploration plus délicate des altérations profondes comme celles du nerf optique, une appréciation plus précise de la distance des vaisseaux du bord de l'excavation glaucomateuse, des finesses de modification de texture dans la choroïdite disséminée, etc.

L'image y était redressée au moyen d'une lentille négative de 2 à 3 secondes.

Ce perfectionnement instrumental ne pouvait nous laisser indifférent. Nous nous sommes empressé de le réaliser à titre d'essai, et avons pu vérifier l'exactitude de la déclaration de M. Coccius. Cette combinaison jouit, en effet, des avantages que lui attribue le savant saxon ; elle procure un agrandissement de l'image approchant du double de celle obtenue en ophthalmoscopie, et les avantages qui découlent d'une telle amplification pour l'observation clinique.

Mais on ne peut se dissimuler qu'ainsi transformé l'instrument ne soit devenu moins maniable, plus cher et que le champ superficiel présenté à l'observation ne soit bien réduit par le long chemin imposé aux rayons lumineux. Une modification qui parerait à ces inconvénients devrait donc être accueillie, si l'on arrivait à la réaliser.

Nous croyons y être parvenu, au détriment, il est vrai, mais dans une très-faible mesure, de l'amplification de l'image qui, de 19/10 environ que produit l'instrument de Coccius, serait réduite à 18/10.

La modification que nous avons, à notre tour, introduite consiste à prendre pour axes des tuyaux de la jumelle d'opéra, la longueur même des rhomboèdres, en plaçant l'objectif commun entre le miroir et lesdits rhomboèdres, et les oculaires immédiatement en rapport avec la face d'émergence de ces doubles prismes ; l'objectif commun consiste en une lentille positive de 32‴ et chaque oculaire en une lentille négative de 24‴.

Dans cette combinaison, l'épaisseur de ces lentilles est la seule augmentation de volume imposée à l'instrumentation, l'accroissement du prix insignifiant, et le champ de vision augmenté dans la proportion où se voit réduite la longueur du chemin parcouru par les rayons lumineux entre les plans de l'incidence de l'émergence.

L'observation s'exécute alors dans les conditions mêmes habituelles en ophthalmoscopie sur une image amplifiée dans le rapport de 18/10 ; soit à l'image renversée par l'intervention d'une lentille positive de 2″, soit à l'image droite, en la remplaçant par une lentille de 2″, 3″, négative.

Les trois lentilles ajoutées à notre ophthalmoscope, dans cette combinaison, peuvent en être aisément enlevées, et l'ophthalmoscope est ainsi ramené à ses éléments ordinaires et connus.

M. OLLIER fait une communication relative à un nouveau procédé de rhinoplastie.

DISCUSSION

M. DUBRUEIL. L'opération dont a parlé M. Ollier et qui consiste à détacher complétement le pourtour de l'orifice antérieur des fosses nasales de petites lamelles osseuses que l'on ramène en avant, de façon à constituer une charpente destinée à soutenir les lambeaux qui formeront le nouveau nez, a été mise en pratique sans succès par Langenbeck. J'ai vu signalé il y a quelque temps, dans un des derniers traités de médecine opératoire publiés en Allemagne, celui

d'Heimke, un procédé dans lequel on détache incomplétement un lambeau cartilagineux formé par la cloison, lambeau dont la base se trouve à la partie supérieure et qu'on tâche de porter aussi en avant que possible au niveau de sa partie inférieure. A l'aide de bandelettes de diachylon, de morceaux de gutta-percha, on le maintient dans sa nouvelle position et lorsqu'il paraît suffisamment fixé, on applique dessus les lambeaux qui doivent former le nouveau nez. Je n'attribue du reste nullement ce procédé à Langenbeck ; je fais seulement observer qu'il a été mis en pratique par lui sans succès et que je considère, du reste, cette opération comme étant d'une très-mince valeur.

M. DOLBEAU. Je crois que la communication de M. Ollier gagnera beaucoup à être lue au *Bulletin ;* car, dans l'exposition que vient de nous faire notre collègue, je ne puis m'empêcher de constater une diffusion regrettable. Si j'ai bien saisi, le lambeau est frontal, renversé sans torsion et recouvert par l'ancien nez de façon que les surfaces saignantes soient mises en contact. C'est précisément ce dernier temps dont la description ne m'a pas fait bien comprendre l'exécution. M. Ollier ne nous a pas suffisamment expliqué ce que devient l'ancien nez. M. Ollier s'est étendu avec raison sur les difficultés de la rhinoplastie totale ; et je dois le dire, les photographies qu'il a bien voulu nous faire passer ne sont pas de nature à nous prouver que ces difficultés aient été vaincues.

En 1862, à l'hôpital Saint-Louis, où je remplaçais Denonvilliers, j'eus occasion d'opérer un malade par le procédé de Nélaton, dit à double lambeau ; c'est-à-dire que j'incisai l'ancien nez sur la ligne médiane et le disséquai de manière à constituer deux volets ; je taillai ensuite le grand lambeau frontal, je le renversai et le recouvris par les deux volets que je suturai sur la ligne médiane. Le succès fut complet, en ce sens que rien ne se sphacéla. M. Denonvilliers, qui était cependant difficile en fait d'autoplastie, considérait ce résultat comme beau. Contrairement à son opinion, le nez ainsi créé me semblait fort disgracieux et ne me paraissait pas valoir les risques considérables qne le malade avait courus.

J'ai suivi longtemps ce malade, que Denonvilliers avait baptisé du nom de Nasica. Son nez n'a point diminué et est resté à l'état de tubérosité choquante. Quant au pédicule, j'ai longtemps hésité à le laisser ou à le sectionuer. Il a fini par se ratatiner et par se mettre à peu près de niveau avec les surfaces environnantes. Je crois donc qu'il est bon de ne point sectionner le pédicule. En résumé, j'estime que l'on trouvera toujours d'énormes difficultés à créer les ailes et

l'extrémité du nez, et la rhinoplastie totale est condamnée à donner des résultats aussi incomplets que la rhinoplastie partielle en fournit de brillants.

M. GUÉRIN. Je demanderai à M. Ollier un complément de renseignements. Il ne nous a pas, ce me semble, suffisamment édifiés sur ce que deviennent les parties latérales ; je sais combien les descriptions de médecine opératoire sont difficiles ; aussi n'ai-je pas compris ce que deviennent les chairs voisines de la joue, et comment il les dispose.

M. VERNEUIL. Il y a longtemps que le principe du double lambeau est établi en fait de rhinoplastie. C'est à la fin de 1858 que M. Ollier me soumit le plan du procédé à double plan de lambeau, c'est en 1860 que je l'appliquai, et c'est en 1862 que j'en présentai à la Société de chirurgie le résultat. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2me série, t. 3, 1862, p. 70). C'est donc à M. Ollier que revient la priorité de l'idée ; à moi peut-être celle de sa réalisation. Quant à la question purement esthétique, il est certain que si l'on s'attend à produire ainsi des nez antiques on aura d'amères déceptions ; mais si l'on est moins difficile on conviendra que les malades sont ainsi singulièrement modifiés à leur avantage. Je me rappelle même ce que je disais alors du résultat de mon opération : *Le malade était horrible ; maintenant il n'est plus que très-laid.* Sans doute, l'opération de la rhinoplastie fait courir aux malades des risques comme l'opération de l'ectropion et toutes les autoplasties ; mais ce serait là rentrer dans un autre ordre d'idées, et il y aurait peut-être lieu de discuter d'une manière générale, et cela en vaudrait la peine, sur la question de savoir si les services rendus par certaines opérations peuvent entrer en balance avec les risques qu'elles font courir.

Je ne veux ici rappeler qu'un fait : le malade que j'opérai en 1861 était si malheureux, si désespéré de sa situation qu'après avoir vainement consulté plusieurs chirurgiens, il était décidé à se tuer. C'était du reste un suicide manqué qui l'avait ainsi mutilé. A la suite d'un coup de feu qu'il s'était tiré dans la bouche, la balle avait tracé un véritable fossé limité par les deux parties latérales conservées, se prolongeant jusqu'aux sinus, et offrant l'aspect d'un antre profond dans lequel se voyaient çà et là des débris de cornets. Ce malade, chassé de partout, était dans l'impossibilité de gagner son pain. J'ai pu, après l'opération, le caser dans un établissement agricole où il a trouvé des moyens d'existence. Quant au procédé employé, il ressemblait à celui de M. Ollier, en ce sens qu'il comprenait un lambeau fontal et deux lambeaux latéraux ramenés sur la ligne médiane,

mais différait du procédé qui nous est présenté aujourd'hui, et où il n'y a que deux lambeaux : un frontal et un nasal perpendiculaire au premier. Je conviens qu'il est extrêmement difficile de constituer des narines à moins que le lobule ne persiste et ne permette de s'étager sur quelques débris. En un mot la rhinoplastie à double plan de lambeau est ancienne; mais le procédé de M. Ollier est certainement nouveau.

M. GAUJOT. J'ai vu Michon, dont j'étais alors l'interne, faire à la Pitié une rhinoplastie complète. Son procédé n'avait point de rapport avec celui de M. Ollier, il était à simple lambeau. Quoi qu'il en soit, l'opération réussit en tant qu'opération, et Michon en considérait le résultat avec une certaine fierté. Or ce résultat était horrible et consistait en un tubercule difforme irrégulier, velu, dépourvu de narines; si bien que pour faire pendant au malade de M. Verneuil qui voulait se tuer auparavant, celui de Michon parlait à tout bout de champ de se suicider après.

M. DEMARQUAY. J'ai fait dans ma vie plusieurs nez, et tout dernièrement encore une aile irréprochable. J'ai vu mon maître Blandin faire des rhinoplasties complètes d'une manière fort satisfaisante. Peut-être, dans le fait cité par M. Gaujot, Michon avait-il pris trop peu de lambeau. Je me rappelle en effet parfaitement avoir vu Blandin obtenir de magnifiques résultats même dans le cas où il n'y avait pas de cloison.

M. LARREY. Puisque chacun de nous apporte à la question le contingent de son expérience, je dois dire que j'ai fait, avec succès, quelques rhinoplasties partielles à la suite de tentative de suicide par coup de feu; le cas le plus beau que j'ai vu dans ce genre est celui qu'a présenté Lenoir : une restauration complète de l'aile du nez. Quant à la rhinoplastie complète, je suis de l'avis de M. Dolbeau. J'ai vu un des opérés de Blandin. Peut-être le maître en était-il à sa première manière ; mais le malade était affreux. J'ai vu également un des opérés de Lisfranc, que M. Forget doit se rappeler. Il était horrible, et, comme il servait souvent de texte aux railleries de Dupuytren, peut-être n'a-t-il pas été étranger à l'animosité de Lisfranc contre son collègue de l'Hôtel-Dieu. On ne peut nier que les résultats soient déplorables dans la rhinoplastie totale, excellents dans la rhinoplastie partielle. Je souhaite que le procédé de M. Ollier modifie cette conclusion; mais ce sera je crois très-difficile. Enfin je me souviens d'avoir vu un des opérés de Lisfranc succomber à un érysipèle; c'est risquer beaucoup pour obtenir bien peu, et je me rappelle, d'autre part, avoir vu des pièces prothétiques si admirablement

faites et donnant une illusion si complète, que je serais bien tenté de leur donner la préférence, au moins jusqu'à nouvel ordre.

M. TILLAUX. Nos collègues sont divisés sur l'opportunité de la rhinoplastie totale, et je m'en étonne; car cette opportunité même dépend des circonstances où se trouve le malade. Il y a, en effet, des cas tout différents les uns des autres.

Un premier malade a un affaissement du nez : ses narines, son lobule sont intacts; le corps du nez manque seul. (C'est le cas du malade de M. Ollier.)

Un second n'a plus ni nez, ni narines; il ne lui reste qu'un trou au fond duquel se voient les cornets. Je laisserais parfaitement tranquille le premier de ces deux malades, et les photographies de M. Ollier ne me semblent pas faites pour modifier mon opinion, car en considérant ces deux images qui représentent la physionomie de l'opéré avant et après, je serais presque tenté de préférer la première à la seconde. Aussi suis-je, dans ce cas, pleinement de l'avis de M. Dolbeau. Il n'en est pas de même pour le second cas. J'ai eu dans mon service, à Lariboisière, un homme qui, à la suite d'un coup de feu reçu à Gravelotte, avait, à la place du nez, un trou béant de la largeur d'une pièce de deux francs, et était devenu, pour ses semblables, un tel objet d'horreur et de dégoût qu'on ne voulait l'employer nulle part. Je l'ai opéré, et j'ai la conscience d'avoir bien fait, car dans les cas de ce genre, ce n'est pas un nez qu'on a la prétention de faire, c'est un trou que l'on bouche le mieux possible.

Ce que nous a dit M. Ollier, à propos du périoste, ne m'étonne pas. On sait, en effet, que le périoste crânien joue plutôt un rôle de protection qu'un rôle de nutrition, en raison du très-petit nombre de vaisseaux qui le traversent pour se rendre au squelette.

M. OLLIER. Je suis stupéfait de l'appréciation de M. Tillaux, et je serais tenté de croire, pour l'expliquer, qu'il a interverti l'ordre des épreuves photographiques. Je remets ces épreuves sous vos yeux, messieurs; en bonne conscience si vous hésitez entre ces deux physionomies, cela ne fera que confirmer l'adage : « Des goûts et des couleurs il ne faut discuter. » Cela me surprend pourtant beaucoup, et je dois vous dire que la malade est elle-même enchantée de la transformation de sa physionomie.

Le résultat obtenu est immense, et la photographie ne rend sou importance que d'une manière fort incomplète. J'ai vu le malade de M. Dolbeau, Nasica; j'ai vu un nombre considérable de planches faites d'après des gravures plus ou moins fantaisistes; tous ces résultats me paraissent beaucoup au-dessous de ceux que j'ai obtenus.

Pour la question de priorité, je l'établis ainsi : « En 1857, j'ai communiqué mon idée à M. Verneuil, qui l'a exécutée en 1861. En 1858, j'ai proposé ma méthode de rhinoplastie périostique et de rhinoplastie osseuse, appliquées par Langenbeck, en 1859, et je dois rendre cette justice aux Allemands que, dans plusieurs mémoires qui depuis ont paru sur ce sujet, je ne suis pas même cité. Je reviens maintenant à la description de mon procédé. Je commence par la dissection de l'ancien nez de haut en bas, dissection difficile à cause des brides et des cicatrices qu'on y trouve toujours, et j'en fais un lambeau flottant adhérent par les ailes et la sous-cloison.

Je taille alors le lambeau frontal, je le renverse sans le tordre et je l'insinue sous la peau de l'ancien nez que je viens de disséquer et fixe le bout supérieur du lambeau entre les narines. J'ai ainsi un nez saillant au lieu d'un nez en retrait. Quand le lobule manque, je me sers de la portion supérieure du lambeau que je retrousse.

Ce qui fait surtout l'originalité de mon procédé, c'est la conservation du lambeau. On évite ainsi la rétraction consécutive. Dans les anciennes rhinoplasties on ne pouvait plus montrer les malades au bout de neuf ou dix mois, tant le nez était ratatiné; aussi je comprends que, dans ces conditions, on ait abandonné la rhinoplastie totale.

J'ai, du reste, déclaré au début de mon travail que je ne m'occupais que des nez enfoncés, aspirés; et je crois mon opération utile en ce sens qu'elle met les malades dans la possibilité de respirer et de se débarrasser d'un affreux ozène qui complique presque toujours la situation. Quant aux risques que peut courir le malade, ils peuvent exister à l'hôpital, mais je n'ai jamais vu d'accidents en ville.

J'arrive à la question soulevée par M. Tillaux, relativement à l'ossification du périoste crânien : je ne suis pas de l'avis de notre collègue. Chez les animaux qui m'ont servi dans mes expériences, j'ai pu me convaincre que c'est une question d'âge et d'espèce. C'est ainsi que la reproduction de l'os par le périoste crânien se fait chez l'agneau, nullement chez le mouton, avec une rapidité extrême chez le chat, dans aucune circonstance chez le lapin. Il ne faudrait donc compter sur cette réparation que chez l'enfant.

M. FORGET. Je demanderai à M. Ollier depuis quand la malade dont il nous montre la photographie a été opérée. Sur sa réponse qu'il y a treize mois, je ne puis que trouver remarquable un procédé aussi exempt de rétraction et d'atrophie du lambeau. C'était, en effet, autrefois là la grande difficulté. J'ai vu les mauvais résultats obtenus par Bérard, Sanson, Lisfranc, et, à ce propos, je demanderai à M. Larrey s'il se souvient d'une femme qui fut opérée par Lisfranc, assisté

de Pinel Grandchamp, et qui donna pendant quelque temps un résultat magnifique. Cette femme fut placée aux Petits-Ménages et put être, par conséquent, surveillée. Pendant plus d'un an, Pinel Granchamp la soigna méticuleusement, en artiste, et réussit à conserver, durant ce temps, au nez artificiel, une forme convenable. Malgré tous ces efforts, l'atrophie et la rétraction se produisirent, et, au bout de trois ans, le résultat était mauvais. Ce qui me frappe, par conséquent, dans le procédé de M. Ollier, c'est sa supériorité au point de vue du lambeau irrétrécissable.

M. LARREY. Je me rappelle le fait cité par M. Forget et un autre cas identique chez une malade opérée cette fois par Pinel Grandchamp.

PRÉSENTATION DE MALADES

Opération d'Esmarch : résection d'une portion du maxillaire inférieur pour une ankylose ou une constriction fibreuse des mâchoires. — M. DESPRÈS montre un malade auquel il a pratiqué cette opération il y a dix mois. Il a été obtenu une fausse ankylose, et un écartement assez considérable des mâchoires, à la volonté du malade, lui permet de se nourrir convenablement et de mâcher ses aliments, quoique les arcades dentaires supérieures et inférieures ne correspondent plus, ce qui est la conséquence forcée de l'opération.

Voici l'observation :

C... (Alfred), peintre en bâtiment, quarante ans, est entré à l'hôpital Cochin le 3 juin 1873. Blessé en mai 1871, il avait reçu un coup de feu qui avait porté sur le côté droit du cou. La balle avait fracturé la branche montante du maxillaire, fracturé le maxillaire supérieur, et était sortie au niveau de la narine du côté droit. La plaie avait mis cinq mois à guérir, sans qu'il sortît aucune esquille ; les mouvements de la mâchoire avaient persisté.

L'année suivante, il survint des abcès qui suppurèrent un certain temps, puis la blessure se rouvrit à la partie postérieure, à l'angle de mâchoire. La cicatrisation se fit.

Au mois de mai 1873, l'écartement des mâchoires devint un peu plus difficile, et la mâchoire se resserra au point que le malade ne pouvait manger aucun aliment solide.

A son entrée à l'hôpital, C... était dans l'état suivant : les mâchoires étaient serrées et ne permettaient pas l'introduction d'un corps plus épais qu'une lame de couteau. Plusieurs dents cariées en avant per-

mettaient au malade de boire, mais aucun aliment solide ne pouvait être introduit dans la bouche. Il existait une fistule au devant du bord antérieur du masseter ; cette fistule conduisait sur un os dénudé.

Les fonctions digestives du malade étaient profondément troublées. Le défaut de nourriture, que le malade remplaçait par des boissons alcooliques, et d'anciennes coliques de plomb causaient des vomissements répétés chaque jour.

Je diagnostiquai une névrose limitée de la branche montante du maxillaire et une bride fibreuse cicatricielle suivant le trajet de la balle et unissant le maxillaire inférieur au maxillaire supérieur, au niveau de l'union de la branche montante du maxillaire avec le corps de la mâchoire.

L'articulation temporo-maxillaire jouissait encore de quelques mouvements, et il était évident que l'ankylose était de nature fibreuse et extérieure à cette articulation.

Ce malade fut soumis à la diète lactée, et, après huit jours de ce traitement, les vomissements cessèrent. A ce moment, je me proposai de faire l'opération palliative dite opération d'Esmarch avec la modification proposée par Rizzoli.

Le 15 juin, l'opération a été pratiquée. Une incision a réuni le trou d'entrée de la balle et la fistule par laquelle le séquestre avait été senti. Les fibres du masseter ont été coupés et l'os a été mis à nu, à l'union de la branche montante du maxillaire, avec le corps de cet os, juste au devant de la bride fibreuse, qui immobilisait la mâchoire. Un coin d'os a été détaché par deux traits de la scie à main. Le trait de scie postérieur n'a pas été complet ; l'os a cédé, et une portion de la branche montante, 1 centimètre environ, est venue avec le coin reséqué, et, dans cette portion d'os brisée, il y avait un séquestre invaginé que vous voyez sur les os que je vous présente. J'avais fait la section de l'os au lieu indiqué, dans l'espoir de tomber près du foyer de la nécrose, et l'événement a justifié mes prévisions. La plaie a été cautérisée avec la solution saturée de chlorure de zinc, et une anse de tube à drainage a été interposée entre les deux os.

Pendant les deux mois nécessaires pour la guérison, trois fois j'ai cautérisé le fond de la plaie, et les choses se sont passées de la manière suivante :

Un séquestre a été éliminé à la fin du deuxième mois : c'était la surface de section du corps de la mâchoire. Pendant ce temps, un petit abcès et une fistule se sont formés à la place de la fistule antérieure et étaient liés à un abcès dentaire de la mâchoire supérieure.

L'abcès et la fistule ont guéri rapidement. Une fois, cependant, j'ai cru devoir dilater la plaie, qui restait stationnaire, et j'ai cautérisé.

Au troisième mois, un séquestre a été senti du côté de la bouche, dans le pli génien, et un séquestre a été éliminé : c'était la surface de section que vous voyez et qui s'était détachée de la branche montante du maxillaire. A ce moment, la plaie et les fistules antérieures étaient cicatrisées.

Après ces trois mois, le malade écartait les mâchoires dans une étendue de 1 centimètre ; il pouvait mâcher du pain et de la viande, la soupe, les purées, et, en général, tous les aliments en pâte étaient parfaitement pris par le malade.

Depuis le mois de septembre 1873 jusqu'à ce jour, le malade a continué à mâcher, et quelquefois, comme exercice, je lui faisais mâchonner un bouchon. Deux fois, en janvier et en mars 1874, les fistules se sont ouvertes et un petit séquestre a été éliminé ; il paraissait provenir de la branche montante du maxillaire inférieur. Pendant ce temps, les mouvements de la mâchoire ont gagné en étendue, et la cicatrice de la plaie de la résection s'est rétractée sans qu'il parût qu'il y eût une reproduction osseuse.

Aujourd'hui, le malade écarte les mâchoires dans une étendue de 3 centimètres au moins. Il y a une fausse articulation à l'union de la branche montante du maxillaire inférieur avec le corps de cet os : elle est un peu serrée, mais la mobilité y est évidente. L'articulation temporo-maxillaire est encore mobile, et, pendant que le malade écarte la mâchoire, bien que le mouvement se passe dans la fausse articulation, il y a un léger déplacement du condyle de la mâchoire.

Au total, voilà un malade opéré depuis dix mois, qui a gagné peu à peu depuis l'opération. Les mouvements de la mâchoire sont libres au devant de la bride qui unissait les deux mâchoires, et il y a tout lieu de penser qu'il n'y aura point de soudure osseuse. Mais cette opération palliative, comme celle du même genre entraîne avec elle une difformité ; les arcades dentaires ne correspondant plus, le malade ne peut plus mâcher sérieusement qu'à l'aide des molaires du côté opéré et des quelques incisives qui lui restent.

On se trouve donc, en résumé, entre ces deux alternatives : ou de faire une section simple du maxillaire qui ne déplace point l'arcade dentaire inférieure, et d'avoir une consolidation osseuse qui détruise tout le bénéfice de l'opération, ou bien d'enlever un coin du maxillaire pour assurer la fausse articulation, et de déplacer l'arcade dentaire inférieure. C'est ce que j'ai obtenu chez mon malade, et je crois

que c'est là l'effet utile et la conséquence réelle de l'opération d'Esmarch et Rizzoli.

M. OLLIER. Les faits analogues à celui de M. Desprès ne sont pas rares; mais il faut les observer longtemps après. J'ai opéré, il y a dix ans, une malade qui, un an après sa naissance, avait présenté un noma des plus graves et consécutivement une ankylose de la mâchoire. Après l'avoir opéré d'un côté, je trouvai l'article ankylosé du côté opposé, et je dus le rompre.

Pour conserver l'écartement facile du maxillaire inférieur, j'eus recours à l'extension continue faite avec une bande de caoutchouc, fixée au pied du lit. J'ai complété tout dernièrement mon opération par une autoplastie destinée à empêcher la malade de perdre sa salive.

COMMUNICATION

M. PERRIN fait la communication suivante :

Note sur un cas de rétinite leucémique. — Tout récemment M. Godelier, professeur de clinique médicale à l'école du Val-de-Grâce, me pria d'examiner un malade de son service, atteint de leucocythémie à marche aiguë, qui se plaignait de troubles sérieux de la vision.

Je constatai des deux côtés, à des degrés différents de développement, l'existence d'une rétinite caractérisée comme il suit : la papille optique, jusqu'à la région équatoriale, est uniformément laiteuse. Son défaut de transparence masque la netteté des bords de la papille et des contours des vaisseaux. Les artères sont pâles, de dimensions normales; les veines sont plus volumineuses qu'à l'état normal, sinueuses, animées de battements très-apparents : elles offrent une teinte bleu foncé.

Le champ de la rétine est parsemé de taches ecchymotiques striées sur leurs bords, variables en étendue et dont les plus grandes représentaient environ la moitié des dimensions de la papille. Leur teinte est d'un rouge vif, comme on les rencontre dans d'autres formes de rétinite et, en particulier, dans la rétinite albuminurique. Sur aucun point la rétine ne présente d'autres altérations.

Ce pauvre malade épuisé, par des hémorrhagies internes, succomba quelques jours après mon examen. — M. Godelier a bien voulu m'autoriser à recueillir les yeux, à les examiner. L'un des deux est là, ouvert et soumis à votre examen.

Il est aisé de constater les diverses altérations qui avaient été reconnues sur le vivant. Je fais exception toutefois pour l'aspect laiteux de la rétine qui pourrait être aussi bien un effet cadavérique qu'un état pathologique.

Ce fait m'a paru mériter l'attention, parce que ses caractères diffèrent sur un point essentiel de ceux que Liebreich, d'après six observations, a attribués à une forme spéciale de rétinite, la rétinite leucémique. Dans les cas de Liebreich, les veines volumineuses, flexueuses étaient d'un rose pâle, les extravasations sanguines, de même nuance; les artères ternes, de couleur orange claire; enfin les vaisseaux choroïdiens visibles sur quelques poiuts paraissaient d'un jaune tendre. Enfin la région de la macule présentait de petites taches irrégulières et le champ rétinien était parsemé de petites masses rondes, semblables à celles que l'on rencontre dans la rétinite albumineuse. Chez notre malade il n'existait ni taches irrégulières, ni productions pathologiques figurées sur la rétine; chez lui, les artères affectaient la teinte rouge éteint qu'on leur connaît dans tous les cas où la rétine a perdu sa transparence. Chez lui aussi, les veines rétiniennes, le réseau choroïdien et les extravasats sanguins n'empruntaient aucun caractère spécial à l'état profondément leucémique du sujet.

Ce fait me conduit, dans une juste mesure, à douter de la réalité d'une forme de rétinite qui soit spéciale à la leucocythémie et qui possède des caractères propres à la distinguer de ce qui n'est pas elle, et en particulier de la rétinite albuminurique.

La réunion de ces deux formes en une seule est indiquée par la ressemblance des signes ophthalmoscopiques et motivée, au point de vue nosologique, par la combinaison, plusieurs fois rencontrée, de l'albuminurie et de la leucocythémie.

La séance est levée à cinq heures trente-cinq.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Un mémoire du docteur Caulet, intitulé : *Existe-t-il une médication phosphorée calcique ?* — Un mémoire du professeur Rizzoli, de Bologne, intitulé : *Di alcune falsa articolazioni.*

COMMUNICATION

M. VERNEUIL fait la communication suivante :

Énorme abcès de la fosse iliaque gauche. — Drainage; ouverture consécutive dans l'S iliaque du colon. — Fistule sterco-purulente. — Guérison temporaire. — Retour des accidents sous forme de fièvre hectique. — Essai de cure radicale trop tardif. — Amélioration, puis mort. — — Observation précédée de quelques remarques sur les fistules sterco-purulentes. — J'ai eu deux fois l'occasion d'observer une variété rare de fistules stercorales siégeant dans la fosse iliaque gauche et faisant communiquer l'intestin avec l'intérieur par l'intermédiaire d'un abcès sans relation primitive avec le tube digestif. Les deux cas se sont terminés par la mort. Dans le premier, je n'ai fait aucune tentative chirurgicale pour conjurer ce dénoûment; dans le second, j'ai opéré, mais évidemment trop tard. Cependant l'amélioration obtenue et le succès encourageant d'une opération préliminaire devant servir de prélude à l'occlusion de la perforation intestinale, m'ont fait entrevoir la possibilité de la guérison dans des cas où l'état général serait meilleur et l'intervention plus précoce.

J'espère donc que le récit de mon abstention et de mon insuccès ne sera pas sans utilité, et qu'il indiquera du moins la route à suivre à l'avenir dans ces conjonctures difficiles.

Qu'il me soit permis de faire précéder mes observations de quelques considérations sommaires sur les fistules sterco-purulentes.

Les perforations intestinales d'origine diverse font accidentellement communiquer l'intestin soit avec une aine voisine, soit avec une cavité muqueuse : estomac, vagin, vessie, soit avec l'exterieur, soit enfin avec des cavités pathologiques : kystes ou collections purulentes. Si ces derniers s'ouvrent en même temps à la surface tégumentaire, les matières intestinales traversant leur cavité pour se

déverser à l'intérieur, il y a *fistule sterco-purulente*, terme qui indique clairement que le trajet charrie un mélange des fluides stercoraux et du pus fourni par les parois de l'abcès.

Les fistules sterco-purulentes sont très-communes à la région ano-périnéale. On les rencontre assez fréquemment dans la fosse iliaque droite, à la suite de la typhlite et de la pérityphlite. Elles sont beaucoup plus rares dans les autres parties de l'abdomen.

Elles s'établissent par des mécanismes différents : tantôt la perforation intestinale ouvre la marche; le tissu conjonctif s'enflamme ensuite et devient le siége d'un abcès dit *stercoral* en dernier lieu. Survient l'ouverture spontanée ou artificielle de la collection purulente à l'extérieur; tantôt, au contraire, l'affection débute par un abcès juxta intestinal qui s'ouvre successivement dans l'intestin, puis à la peau ou dans l'ordre inverse.

Une fois constituée, la fistule sterco-purulente présente trois régions distinctes. Dans la profondeur, la cavité intestinale et l'orifice de perforation; à la surface, l'ouverture cutanée; entre eux, un trajet plus ou moins long, une cavité intermédiaire plus ou moins régulière, plus ou moins spacieuse, tapissée par une membrane pyogénique. Chaque région fournit ses fluides spéciaux — matières intestinales liquides ou gazeuses, sécrétion purulente, air atmosphérique avec ses molécules en suspension, — qui incessamment mélangées, réagissent chimiquement les uns sur les autres et peuvent acquérir des qualités nuisibles dont souffrent les membranes épithéliales, pyogéniques et épidermiques qui subissent leur contact. Ajoutons que le pus modifié déjà par l'air et les fluides stercoraux peut encore stagner et s'altérer davantage, si la cavité intermédiaire est vaste et anfractueuse; si l'orifice cutané, trop étroit ou mal situé, ne lui offre pas une issue suffisante. On sait que d'ordinaire les fistules stercorales ont peu de tendance à la guérison spontanée et le plus souvent deviennent permanentes.

On s'explique le fait dans l'anus contre nature consécutif aux hernies et, dans les perforations bi-muqueuses, par la soudure des membranes tégumentaires voisines, mais cette cause ne peut être invoquée dans les fistules sterco-purulentes, dont les orifices profonds et superficiels, sont trop distants et séparés par une cavité dépourvue de revêtement épithélial ou épidermique; cependant ces fistules ne sont guère moins rebelles et ne guérissent presque jamais sans le secours de l'art. Sans être définitives, elles sont au moins indéfiniment prolongées.

Même différence quant au pronostic; à quelques exceptions près,

les fistules stercorales permanentes simples compromettent rarement la vie. Elles constituent plutôt une infirmité qu'une maladie et peuvent persister indéfiniment sans altérer la santé générale. Il en est autremeut des fistules sterco-purulente qui, au bout d'un temps plus ou moins long, finissent presque toujours par détériorer la constitution et amener un état particulier caractérisé cliniquement par la fièvre lente, les troubles continus des fonctions nutritives, un affaiblissement progressif, et, anatomiquement par des lésions profondes des grands viscères.

Sans doute ce pronostic lugubre ne s'applique guère aux petites fistules anales, mais il est déjà vrai pour les grands délabrements de la région ano-périnéale et plus encore pour les fistules sterco-purulentes semblables à celles dont je vais tout à l'heure relater des exemples.

Il est utile de rechercher avec soin les causes de la persistance et celles de la gravité : les unes et les autres résident principalement dans la cavité purulente intermédiaire et accessoirement dans les qualités des fluides qui parcourent les trois régions de la fistule. Je m'explique : les perforations intestinales sous-cutanées ne sont pas inguérissables; elles peuvent se fermer par les seules forces de la nature, mais à la condition que le trajet iutermédiaire ou cavité purulente se réduise peu à peu jusqu'à effacement par coalescence de ses parois. Ce travail réparateur spontané exige, au début, la transformation de la membrane pyogénique en membrane granuleuse et plus tard la mise en action non interrompue de certaines propriétés de cette dernière, savoir le rétractilité progressive et l'adhésivité des surfaces arrivées au contact.

Or l'organe granuleux ou, en d'autres termes, la couche des bourgeons charnus peut ne jamais acquérir ou perdre facilement les propriétés susdites; il suffit pour cela d'un état primordial de la constitution ou de certains incidents locaux, tels que la distension mécanique du foyer par le pus qui ne trouve pas une issue suffisante et surtout l'inflammation des bourgeons charnus amenée par le contact avec des fluides putrides, irritants et phlogogènes. Si donc le retrait progressif du foyer intermédiaire fait défaut, si les orifices restent ouverts, si en conséquence l'affusion se prolonge indéfiniment, il faut s'en prendre directement à la membrane granuleuse et indirectement aux causes qui compromettent, entravent ou abolissent son rôle curateur.

La gravité des fistules sterco-purulentes est également facile à expliquer; déjà le pus, qui s'écoule avec peine, s'altère par le seul fait

de sa stagnation dans le foyer. Mais il contracte encore des qualités nouvelles par son mélange avec les matières intestinales et l'air extérieur. Ainsi devenu éminemment délétère, il irrite la membrane granuleuse et finit par la traverser pour pénétrer dans le torrent circulatoire et infester l'économie tout entière. Ainsi naissent la septicémie chronique (infection putride, lente, fièvre hectique), et, par suite, la stéatose viscérale et des lésions pulmonaires qui se rapprochent de la tuberculose.

Si la constitution était bonne ou passable au début de l'affection, elle ne tarde pas à se détériorer, et l'on ne tarde pas à constater les signes de la cachexie purulente. Cet état rend la guérison spontanée difficile, sinon impossible, frappe trop souvent de stérilité les tentatives chirurgicales les mieux conçues et imprime même à ces dernières une gravité particulière.

Ici le danger provient surtout des mauvaises qualités du pus.

Ces considérations, que je dois abréger, montrent clairement les indications fondamentales à remplir, et qui peuvent se résumer en quelques mots : 1° favoriser et entretenir les propriétés normales de la membrane granuleuse ; 2° prévenir ou neutraliser les qualités délétères du pus ; 3° relever ou soutenir la constitution menacée ; 4° enfin, si la nature se montre manifestement impuissante, agir chirurcalement en temps opportun.

Il est facile, en certains cas, de satisfaire à toutes ces exigences réunies par un traitement général approprié et par des grandes opérations relativement simples. Tous les jours, dans la fistule à l'anus, on observe une guérison complète et rapide par le seul fait qu'on débride largement le foyer. Il serait facile de démontrer que cette opération vulgaire remplit toutes les indications locales ; aussi personne n'hésite-t-il à la pratiquer, et compte-t-elle de nombreux succès.

Pour les fistules sterco-purulentes profondes, qui partent des points plus élevés de l'intestin et qui s'abouchent, par exemple, dans les colons ou dans l'ilion, les indications restent les mêmes, puisque les dangers ont la même origine. Mais les moyens chirurgicaux à mettre en usage sont d'une application beaucoup plus difficile et surtout beaucoup plus dangereuse ; c'est pourquoi on hésite, on temporise, on se borne à des expédients malheureusement sans grande valeur, et, pendant ces délais, inspirés par la prudence, la cachexie apparaît, se confirme et s'accroît jusqu'à la terminaison par la mort après un temps plus ou moins long.

Cependant, comme il ne faut rien exagérer, je reconnais que la

guérison spontanée n'est pas impossible. Je l'ai vue moi-même à la suite d'un abcès consécutif à une perforation du cœcum. La fistule persista pendant plus d'une année et finit par se clore. En revanche, j'ai vu aussi des fistules du même ordre persister indéfiniment, se fermer quelque temps pour se rouvrir, non sans accidents sérieux, et menacer la vie à plusieurs reprises. La condition dans laquelle se trouvait un sujet de ce genre depuis plusieurs années était assez misérable, car il ne pouvait se livrer à aucun travail suivi, la moindre fatigue et le plus petit excès de régime remettant sans cesse en danger une vie rendue de la sorte fort précaire.

Je vais maintenant rapporter les deux cas qui m'ont inspiré la présente note, et qui sont de nature à confirmer les propositions précédemment énoncées.

Tous deux ont trait à des abcès non stercoraux, c'est-à-dire développés en dehors de l'intestin et sans perforation primitive de ce conduit.

Je n'ai, sur le premier, que des notes succinctes ; le second a été plus complétement observé.

En 1869, je reçus à l'hôpital Lariboisière une jeune fille de dix-neuf ans, d'une constitution autrefois robuste, et actuellement épuisée par de longues souffrances et une suppuration abondante. Elle présentait au bas de la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale gauche, une ouverture assez étroite à bords décollés, par laquelle s'échappait spontanément, et aussi par des pressions exercées sur la fosse iliaque, une grande quantité de pus fétide, mélangé de gaz, et souvent de matières intestinales. L'affection remontant à près de six mois, d'après le récit de la malade, à la suite d'une fausse couche, un phlegmon de la fosse iliaque s'était déclaré, avec phénomènes généraux et locaux fort graves ; au bout de quelques semaines, un abcès s'était ouvert spontanément, et l'on avait reconnu après quelques jours la présence dans le pus de matières intestinales ; il ne m'a pas été possible, toutefois, de savoir à quelle époque précise s'était effectuée la communication du foyer purulent avec l'intestin. L'issue du pus au dehors avait amené un grand soulagement ; mais, à diverses reprises, la réteution de ce fluide avait ramené des accidents et réveillé les douleurs. Je fus moi-même témoin d'une de ces crises, pendant laquelle la malade pensa mourir.

J'explorai plusieurs fois le trajet. Tantôt j'étais arrêté à quelques centimètres, tantôt, au contraire, à l'aide surtout d'une bougie uréthrale flexible, je pénétrais à 10 ou 12 centimètres, sans doute au centre d'une induration considérable qui remplissait la fosse iliaque

gauche. La perforation intestinale était indéniable, mais sans doute elle était étroite ou disposée en forme de valvule, car les matières stercorales n'apparaissaient que par intervalle à l'orifice cutané, et les lavements ne ressortaient jamais par cette voie. Je ne pus donc avoir aucune notion précise sur le siége de la perforation. J'essayai plusieurs fois de dilater l'ouverture extérieure avec l'éponge préparée, et de pousser des injections détersives dans le foyer. Mais toutes ces manœuvres provoquaient des douleurs vives, de sorte que la malheureuse fille me supplia de la laisser tranquille.

L'état général était, d'ailleurs, des plus mauvais : émaciation extrême, anémie profonde, teinte terreuse de la peau, diarrhée continuelle, parfois profuse, œdème léger des membres inférieurs, anorexie complète, fièvre incessante avec recrudescence vespérine ; en un mot, cachexie qui me paraissait sans remède. En de telles conditions, et surtout n'ayant pas de diagnostic anatomique suffisant, je n'osai rien tenter.

Cependant la constitution lutta plus de deux mois encore ; enfin la mort survint par véritable inanition. L'autopsie ne put pas être faite.

Observation (recueillie par M. Rogeau, interne du service). — Marie T..., quarante et un ans, entra à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Vulpian, le 18 février 1873, d'où elle fut évacuée dans mon service quelques jours plus tard. Elle présentait, du côté gauche de l'abdomen, une tumeur fluctuante très-volumineuse occupant la fosse iliaque, la région lombaire et remontant jusqu'à l'hypocondre gauche. Cette tumeur était née quelque temps auparavant, sans cause appréciable, s'était accrue peu à peu, mais avait fait des progrès extrêmement rapides dans la dernière quinzaine ; elle déterminait des douleurs violentes dans la fosse iliaque, dans la région inguinale, avec irradiations à la cuisse sur tout le trajet des branches du nerf crural. La marche était impossible, et cependant la cuisse n'était pas fléchie d'une manière permanente sur le bassin. Pour M. Vulpian, comme pour moi-même, le point de départ de cette collection était inconnu ; il n'y avait aucun signe d'obstruction intestinale, point de troubles notables du côté de la sécrétion urinaire, et l'on pouvait croire, à cause des douleurs irradiant sur le trajet du nerf crural, qu'il s'agissait d'un abcès ossifluent à marche rapide parti du corps des vertèbres lombaires. L'état général était très-mauvais ; fièvre, soif, inappétence, insomnie, ballonnement du ventre, constipation, etc.

Je tins la malade en observation quelques jours pour tâcher d'arriver à un diagnostic plus précis; mais l'intensité des douleurs et des phénomènes généraux m'engagèrent à intervenir sans plus de retard. En conséquence, dans les derniers jours de juillet, je plongeai un trocart courbe volumineux en arrière, à distance égale à peu près de la crête iliaque et de la première côte, à deux travers de doigt du bord externe du muscle carré des lombes; la contre-ponction fut faite en avant, à une petite distance du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. Un drain volumineux fut passé par cette voie. Il s'écoula aussitôt une grande quantité d'un pus assez ténu mais bien lié, homogène, semblant provenir du tissu cellulaire, *et sans fétidité*. L'amélioration fut prompte; au bout de deux jours le foyer était presque entièrement revenu sur lui-même, et les douleurs avaient cessé. Comme d'habitude on fit dès le soir même des injections chlorurées abondantes et fréquemment répétées, pour prévenir l'altération du pus. La fièvre se dissipa peu à peu, et les fonctions digestives se rétablirent.

Au bout de deux ou trois jours, l'élève chargé du pansement m'avertit que le pus devenait fétide et semblait mélangé de matières stercorales. Pour vérifier cette assertion, on administra des lavements qui ressortirent par le foyer purulent, et des injections qui passaient évidemment dans l'intestin. La communication était donc certaine. Nous pûmes même soupçonner que l'ouverture intestinale répondait à la fin du colon descendant ou à l'S iliaque.

Cette complication néanmoins n'entrava pas trop le rétablissement; vers le 15 août, la malade avait repris de l'embonpoint; peu à peu la quantité de matière fécale et de pus qui s'écoulait par le drain diminua; il ne sortit bientôt plus qu'un peu de pus teinté d'une coloration brunâtre; les lavements introduits par l'anus cessèrent de ressortir par la plaie et, le 6 septembre, on put retirer le drain.

Les jours suivants il n'y eut aucun accident; l'ouverture antérieure se ferma, la malade restant dans le décubitus dorsal; mais il continua de s'écouler, par la plaie postérieure, un peu de pus, sans traces des lavements.

La malade, se sentant forte, demanda à se lever, ce qu'on lui permit de faire le 12 septembre; quelques jours après, en essayant de marcher, elle en fut empêchée par une gêne douloureuse siégeant dans la fosse iliaque gauche; cependant, à la palpation, on ne sentait rien qui ressemblât à une bride ou à un cordon fibreux dans cette région.

Le 24 septembre, il survint de la diarrhée et, par suite, un écoule-

ment abondant de matière, avec issue de gaz, par l'orifice postérieur du trajet du drain, mais la cicatrice de l'orifice antérieur tint bon. On ordonna un julep avec du bismuth et quelques gouttes de laudanum; et le 30 la diarrhée cessa et, avec elle, l'issue des matières par la plaie lombaire.

Se trouvant améliorée, sinon guérie, et s'ennuyant à l'hôpital, la malade demande son exeat qui lui fut accordé le 26 octobre.

Elle rentra le 16 décembre dans un assez triste état, en nous racontant que, dès le lendemain de sa sortie, la communication avait paru se rétablir entre l'intestin et le foyer, à travers l'ouverture postérieure duquel une grande quantité de matières fécales ne tarde pas à s'écouler. Cependant l'ouverture se ferma spontanément, puis se rouvrit deux fois encore à trois semaines de distance. Privée de ressources ne pouvant recevoir les soins suffisants, cette pauvre femme rentra dans mon service, car depuis une semaine elle perdait, par l'orifice anormal, la presque totalité des matières et des gaz intestinaux.

Les douleurs avaient complétement disparu, mais la santé générale était profondément altérée; la maigreur était considérable, la peau était terreuse et sèche, l'anorexie complète, la diarrhée continue; tous les soirs le thermomètre dépassait 39 degrés ; il y avait la nuit des sueurs profuses.

La poitrine elle-même paraissait prise; jadis nous n'avions observé aucun phénomène de ce côté; mais aujourd'hui, il y avait de la toux et de l'expectoration purulente; on trouvait dans la fosse sous-épineuse droite et sous la clavicule du même côté de la submatité avec perte d'élasticité, et à l'auscultation des craquements nombreux et une diminution très-notable du murmure respiratoire. Le côté gauche présentait tous les mêmes signes, mais à un degré moins prononcé. Des deux ouvertures du drainage, l'une était fermée, l'autre au contraire, c'est-à-dire la postérieure, se présentait sous l'aspect d'un trou circulaire à bords décollés, du calibre d'une plume à écrire, livrant passage à un pus mélangé de gaz et d'une extrême fétidité. Les lavements et les injections dénotèrent, comme la première fois, la communication facile avec l'intestin.

Pour obtenir la détersion et la désinfection du foyer, on introduisit, par cette ouverture, un tube de caoutchouc pénétrant à plusieurs centimètres de profondeur et qui servait à pousser fréquemment des injections. Malheureusement, dès que le liquide employé : eau phéniquée, eau chlorurée, ou teinture d'iode, présentait un certain degré de concentration, il provoquait, en passant dans l'intestin, des coli-

ques violentes qui ne permettaient pas d'en continuer longtemps l'usage. Deux mois se passèrent ainsi, sans qu'une amélioration notable fut obtenu. Au contraire, les forces semblaient décliner de jour en jour, la fièvre hectique continuait,et les phénomènes s'aggravaient du côté du poumon.

J'étais peu disposé à intervenir, mais la malheureuse malade m'ayant supplié de tenter quelque chose pour son salut, je me pris à réfléchir, et je conçus le plan opératoire suivant : le foyer purulent exploré avec une sonde, puis par la palpation abdominale et enfin par les injections qui passaient rapidement dans l'intestin, ne me paraissait avoir qu'une ampleur assez limitée. Je soupçonnai donc que l'ouverture cutanée et l'ouverture intestinale ne devaient pas être très-distantes; que, par conséquent, en agrandissant suffisamment la première on pourrait peut-être découvrir la seconde ; qu'en tout cas un débridement suffisant de la paroi antérieure de l'abcès livrant facilement passage à son contenu diminuerait au moins les phénomènes d'hecticité dus à la stagnation du pus. En conséquence, la malade étant endormie, j'opérai de la façon suivante le 27 février.

Une sonde cannelée étant introduite dans l'orifice fistuleux servit à guider un bistouri à l'aide duquel je fis un débridement suffisant pour permettre l'introduction du doigt. Je reconnus alors au foyer les dimensions que je lui avais soupçonnées. Il était limité en bas par la fosse iliaque interne; en dehors par la paroi abdominale, à la circonférence par une rainure circulaire comprise entre cette paroi et le péritoine épaissi. L'écartement maximum était de 6 à 7 centimètres; le plus grand diamètre étendu d'avant en arrière, de 15 centimètres euviron. Le même doigt, sans quitter le foyer, servit à conduire un trocart courbe qui pertora la paroi abdominale à 6 centimètres en avant de l'orifice, et à un travers de doigt environ de la crête iliaque pour éviter sûrement la circouflexe iliaque.

A travers la canule de ce trocart fut conduit un fil fort, après l'ablation de la canule une chaîne d'écraseur avec laquelle je sectionnai toute l'épaisseur de la paroi sans effusion de sang. Les lèvres de la plaie étant écartée, j'aperçus sans peine le fond du foyer, mais sans pouvoir distinguer la perforation de l'iutestin; je n'y parvins pas mieux en poussant par l'anus une injection laiteuse : le liquide sortait à gros bouillons, mélangé de matières fécales, remplissait la cavité et marquait aussitôt l'aspect des parties. Comme j'avais débridé à peine la moitié postérieure de la poche purulente, et que celle-ci se prolongeait vers l'épine iliaque antéro supérieure, je renouvelai la manœuvre précédemment décrite avec le trocart et

l'écraseur, et j'agrandis encore la section de la paroi abdominale dans l'étendue de 5 centimètres. Aussitôt il fut plus possible, à travers cette large brèche, et après avoir détergé avec une éponge toute la cavité, d'apercevoir distinctement l'orifice de l'intestin. Il avait 4 à 5 millimètres de large et se reconnaissait au bourrelet muqueux qui le tapissait et qui tranchait par sa couleur foncée sur la teinte plus pâle de la membrane pyogénique. Le foyer ainsi mis à nu fut exploré soigneusement avec une sonde de femme ; partout on atteignait ses limites, sauf en deux points répondant à la partie interne de la fosse iliaque, où la sonde s'enfonçait dans des culs-de-sac mesurant à peine 2 ou 3 centimètres de profondeur.

Je jugeai utile de modifier incontinent tout le champ opératoire ; c'est pourquoi je touchai successivement avec le fer rouge les surfaces de section faites à l'écraseur, la membrane pyogénique dans la plus grande partie de son étendue, et enfin l'orifice intestinal lui-même, dont je détruisis l'ourlet muqueux avec la pointe d'un petit cautère conique. L'opération avait fait perdre à peine quelques gouttes de sang, bien qu'ayant duré près d'une demi-heure ; la cavité fut remplie de boulettes de charpie attachées à un fil commun (pansement en cerf volant) et imbibées d'eau alcoolisée et le tout recouvert d'une compresse trempée dans le même liquide.

Les résultats de cette opération furent merveilleux, la fièvre hectique disparut en deux jours, ainsi que les sueurs nocturnes, l'appétit revint, la diarrhée elle-même cessa peu à peu, et des matières solides sortirent par l'anus normal. Le changement ne fut pas moins marqué du côté des poumons, la toux et l'expectoration diminuèrent et finirent par disparaître, les signes physiques de la tuberculisation s'amendèrent à ce point qu'au bout de quinze jours on ne constata plus qu'un peu d'expiration prolongée. La plaie, grâce aux pansements détersifs renouvelés plusieurs fois par jour, ne tarda pas à se débarrasser de ses escarres et à prendre un aspect satisfaisant, la membrane pyogénique fut partout remplacée par une couche de bourgeons charnus un peu pâles et mous, mais en somme de bonne apparence, et qui ne tardèrent pas à se retracter, de telle sorte que de jour en jour le vaste hiatus se rétrécissait davantage.

La perforation intestinale, parfaitement visible, se réduisait à son tour et l'occlusion spontanée se serait faite certainement si la cicatrisation du vaste entonnoir dont elle occupe le fonds avait pu s'achever; rien d'ailleurs n'eût été plus facile que de favoriser cette occlusion, soit par la cautérisation, soit par l'application de quelques points de suture.

Les choses marchèrent ainsi favorablement jusqu'au 20 mars, époque à laquelle la guérison semblait ne plus être qu'une affaire de temps; mais alors la scène changea : la diarrhée reparut et persista en dépit de tous les agents pharmaceutiques et de la viande crue prise eu abondance; un symptôme nouveau contribua surtout à épuiser le malade. Dès le lendemain de l'opération on avait remarqué autour des malléoles du côté gauche un léger œdème qui, quelques jours plus tard, se montra également du côté droit. Peu à peu l'enflure gagna de bas en haut, de façon à envahir les jambes, puis les deux cuisses et jusqu'à la paroi abdominale et les parties génitales. Les téguments, luisants et distendus au minimum, semblaient devoir éclater d'un moment à l'autre, ce qui arriva d'ailleurs dans la nuit du 26 : la sérosité s'échappant par des fissures imperceptibles, inonda complétement le lit et continua à couler sans relâche pendant les jours suivants. Cette perte énorme et incessante épuisa rapidement le reste des forces; le 30 survint un frisson et apparurent sur la jambe gauche de larges plaques de gangrène; la malade tomba dans un état de stupeur et de demi-coma qui ue cessèrent qu'avec la mort, survenue dans la nuit du 2 avril.

Autopsie. — Maigreur extrême de la partie supérieure du corps, coutrastant avec le développement énorme de la moitié sous-diaphragmatique, gangrène de la peau occupant toute la jambe gauche, point de phlébite des veines iliaques ni de leurs branches.

Rate grosse et diffluente. Foie volumineux, conservant l'impression du doigt, d'un jaune pâle et grisâtre se déchiraut facilement, offrant d'ailleurs à la coupe et sur les surfaces déchirées l'aspect type du foie gras.

Reins. Un peu augmentés de volume, pâles, exsangues et graisseux comme le foie; le gauche est d'ailleurs tout à fait étranger à la formation de l'abcès.

Cœur. Anémie, mais sain, ce que d'ailleurs l'auscultation pendant la vie avait déjà démontré.

Poumons. Adhérences fortes et étendues aux deux sommets, surtout à droite. A la coupe on constate sur ces points quelques granulations tuberculeuses et même à droite une petite caverne capable de loger une aveline. Ni pneumonie, ni congestion autour de ces pointes malades où la tuberculisation semblait au moins stationnaire.

La cavité abdominale présente, au niveau de la fosse iliaque gauche, des traces de péritonite ancienne. La séreuse est épaissie et des brides solides et multiples rattachent entre eux le gros intestin, le bout du

grand épiploon et les annexes de l'utérus, l'S iliaque n'est plus flottant mais solidement appliqué et comme soudé à la paroi abdominale.

Cet intestin, du reste cylindroïde et fortement revenu sur lui même, n'offre point d'induration ni de rétrécissement; en le fendant du côté de la cavité abdominale, on voit l'orifice interne de sa perforation qui répond à peu près à la partie moyenne de l'S iliaque et se trouve précisément à 25 centimètres de l'orifice anal. Cette perforation régulièrement arrondie, un peu infundibuliforme, est tapissée par la muqueuse qui va se réunir à la membrane granuleuse, la longueur du trajet muqueux mesure environ 7 à 8 millimètres. Nulle trace d'ulcérations dans le voisinage ni à la muqueuse rectale.

Il est facile de déterminer la position du foyer purulent, malgré le retrait qu'il a subi. Il siége maintenant entre la face superficielle du muscle iliaque et la face profonde du *fascia iliaca*, il ne dépasse point les limites naturelles de la fosse iliaque, mais arrive jusqu'au nerf crural, qui est intimement accolé à la paroi intime, et devait néanmoins être refoulé en dedans et distendu quand le foyer avait de grandes dimensions. Nulle part on ne constata de dénudation osseuse. Les diverticulums que l'on avait reconnus avec la sonde de femme après l'ouverture étaient peu profonds et incapables de retenir le pus. En somme, si la cicatrisation avait continué comme dans les quinze premiers jours suivant l'opération, la guérison aurait été certainement complète (1).

L'insomnie provenait sans nul doute du mauvais état de la constitution et des altérations vésicales profondes qui existaient déjà lorsque je me suis décidé à intervenir. L'opération avait fait cesser le septicémie chronique et améliorer même d'une façon évidente et durable les lésions pulmonaires; mais les reins et le foie, atteint, déjà de stéatose irrémédiable, n'avait pas permis au sang de reprendre les qualités nécessaires à la nutrition générale et à l'accomplissement des actes réparateurs.

La diarrhée intestinale et la diarrhée séreuse dans le tissu conjonctif attestaient suffisamment ces mauvaises qualités du sang, elles ont entraîné conjointement des déperditions que n'ont pu contre-balancer une alimentation et une médication que tolérait difficilement, d'ailleurs, un tube digestif depuis longtemps malade.

Tous ces dangers, peut-être, auraient été conjurés, si je m'étais

---

(1) La pièce a été montrée à la société, elle est déposée au musée Dupuytren.

décidé à opérer plus tôt. C'est ce dernier point seulement que je voulais mettre en lumière.

DISCUSSION

M. PAULET. Le fait relaté par M. Verneuil tend à établir que dans les abcès sterco-purulents, le danger réside surtout dans la rétention d'un pus mélangé de gaz et de liquides intestinaux. Je vais citer un fait presque identique, à cette différence près que mon malade a guéri, lequel confirme absolument cette proposition. J'eus l'occasion de soigner en 1866 un capitaine de trente-deux ans à peine, qui depuis deux mois souffrait d'un abcès de la fosse iliaque ouvert à l'extérieur et communiquant avec l'intestin. Je ne pus que constater le fait sans pouvoir déterminer si l'abcès iliaque avait précédé la perforation intestinale ou si le contraire avait eu lieu. L'ouverture extérieure, à peine assez grande pour laisser passage à une bougie du numéro 10 ou 11 de la filière Charrière, se trouvait sur la ligne médiane au bas de la ligne blanche entre les deux muscles droits, et fournissait une grande quantité de pus. Ce pus, mélangé de bile et d'une odeur *sui generis*, me fit dès l'abord soupçonner la perforation intestinale. La sonde introduite obliqua fortement en dehors et me parut traverser toute la fosse iliaque droite, en passant derrière le muscle droit, puis, à un moment donné, donna au malade la sensation même de la pénétration dans l'intestin. Un injection d'un litre de liquide me confirma d'ailleurs le fait. La perforation intestinale intéressait-elle le cœcum ou l'intestin grêle, c'est ce qu'il m'a été impossible de déterminer. Ce qu'il y avait d'évident, c'est le marasme du malade, qui présentait tous les signes de la fièvre hectique et menaçait de succomber très-rapidement. L'idée me vint d'agir comme l'a fait M. Verneuil, à savoir de faire une large ouverture à l'abcès et de supprimer la rétention du pus. Je fis une incision comme celle d'Astley Cooper, pour la ligature de l'iliaque externe, et j'éprouvai de très-grandes difficultés à me reconnaître au milieu des parois aponévrotiques dont le travail phlegmasique avait modifié les conditions. J'y parvins cependant : je débridai largement, et j'obtins une quantité considérable de pus fétide. A partir de ce moment, j'assistai à une véritable résurrection ; la fièvre hectique diminua et bientôt l'orifice externe se rétrécit assez pour que je pusse y maintenir un petit tube de caoutchouc qui amenait les matières fécales dans un appareil très-portatif constitué par une sorte de brayer à pelote creuse. Mon malade est aujourd'hui capitaine de gendarmerie, monte

à cheval et vit de la vie commune. C'est donc une observation favorable à l'opinion émise par M. Verneuil, à savoir qu'on peut guérir en débridant de bonne heure.

M. DESPRÈS. M. Verneuil semble considérer les deux faits qu'il a cités comme sortant de l'ordinaire. Je crois, d'après les relations faites par les auteurs, ces faits assez communs. Le mécanisme est même pour ainsi dire classique. L'abcès de la fosse iliaque une fois constitué, l'ouverture intestinale ne se produit qu'au bout d'un mois environ; encore l'écoulement des matières fécales est-il empêché par le boursouflement de la muqueuse de l'intestin. Je crois de même qu'il est difficile d'admettre que toutes les fistules stercorales soient justiciables du même mode de traitement. Il y a, en effet, une différence énorme entre les fistules consécutives à un abcès et celles qui succèdent à un corps étranger sorti de l'intestin. Ces dernières guérissent souvent. M. Verneuil nous a décrit une opération dont le succès a été passager. En effet, étant admis que tous les abcès décollent l'intestin, M. Verneuil s'est trouvé aux prises avec un véritable anus contre nature, presque incurable. Si la vie du malade se prolongeant lui avait permis de cautériser plus longtemps; il aurait certainement constaté l'incurabilité de son sujet. Quant à l'opération elle-même, tout en constatant, dans le cas actuel, qu'elle a eu un succès louable, je crois que d'autres moyens tels que l'éponge préparée, la laminaire, etc., eussent produit les mêmes effets, en obviant à la stagnation.

M. BLOT. Je demanderai à M. Verneuil de vouloir bien nous éclairer, ainsi qu'il avait annoncé d'abord l'intention de le faire, sur la nature de l'œdème qui a terminé les jours du malade.

M. VERNEUIL. Je n'ai rien à répondre à M. Paulet; que je félicite d'avoir pu opérer en temps opportun sur un sujet non encore épuisé. Quant à l'argumentation de M. Desprès, mon embarras est grand. Évidemment les idées de M. Desprès étaient ailleurs durant la lecture de mon mémoire. Autrement il ne m'accuserait pas d'avoir voulu inventer les fistules stercorales. J'ai commencé, en effet, par éliminer tous les abcès iliaques du côté droit, et, quoi qu'en dise M. Desprès, les cas d'abcès produits en dehors de l'intestin et s'ouvrant ultérieurement dans son intérieur sont assez rares. Leur thérapeutique n'est pas encore monnaie courante. Si M. Desprès avait bien voulu me prêter quelque attention, il eût vu que j'étais loin de proposer le même traitement pour toutes les fistules. Quant à l'anus contre nature, dont j'ai exagéré les dimensions sur le tableau et qui avait 2 à 3 millimètres, je pense, contrairement à l'opinion de notre

collègue, qu'il eût guéri, surtout sous l'influence des cautérisations au fer rouge; car l'éponge préparée, proposée par M. Desprès, n'a aucune espèce de valeur quand il faut s'ouvrir une large voie, et serait bien inférieure, comme moyen d'action, aux injections et au drainage.

Je termine ma réplique en répondant à M. Blot que la cause même de la mort a été ce que l'on appelle l'œdème anémique, la stéatose du foie.

M. DOLBEAU. Les faits cités par MM. Verneuil et Paulet démontrent clairement que les grandes incisions déterminent l'écoulement facile du pus et empêchent l'infection putride. Je crois que si M. Verneuil avait pu inciser plus haut, son malade guérissait. J'ai été, pour ma part, frappé à plusieurs reprises de la manière dont se comportent ces abcès de la fosse iliaque gauche, et je les crois spéciaux aux femmes; témoin un fait que j'observai à l'Hôtel-Dieu sur une femme qui s'était fait avorter. Si ces abcès finissent par communiquer avec l'intestin, cela tient à la timidité avec laquelle on les traite, aux ponctions capillaires, au drainage, etc., alors que le salut consiste dans une large ouverture. Ces abcès sont souvent sonores à la percussion; symptôme qui n'est point fait pour rassurer les médecins et les engager à ouvrir une large baie. Je me souviens que, dans un remplacement de Jobert que je fis à l'Hôtel-Dieu, j'eus occasion d'ouvrir un de ces abcès, et un étranger qui assistait à l'opération, trompé par la sonorité et l'issue du gaz, crut que j'avais ouvert l'S iliaque. La malade a par parenthèse, parfaitement guéri. Je crois donc, en résumé, que ces abcès demandent à être largement ouverts, c'est-à-dire avec l'incision recommandée par A. Cooper pour la ligature de l'iliaque externe, sous peine de voir la rétention du pus se produire et l'intestin s'ouvrir secondairement.

M. LEDENTU. Les faits cités par M. Dolbeau me rappellent ceux que j'ai pu observer. Ils sont au nombre de trois. Dans le premier cas, le point de départ était évidemment une ovarite. L'incision fut faite tardivement, et la mort survint. Dans un autre cas, l'abcès était consécutif à un coup de pied dans le ventre, je fus frappé de la rapidité extrême du développement de la tympanite; je temporisai durant deux ou trois jours, j'incisai, et j'obtins un pus gazeux très-abondant. Je crois, du reste, que le plus souvent dans des cas analogues à ceux qui ont été cités, l'abcès est primitif et la perforation secondaire. L'an dernier, un malade se présenta dans mon service avec un abcès gazeux. Je l'incisai dès le premier jour; j'obtins un

écoulement abondant de pus gazeux, point de matières fécales, et le malade put bientôt sortir guéri.

M. DOLBEAU. M. Ledentu me paraît avoir eu égard, dans son argumentation, aux abcès de la paroi abdominale. Ceux que j'ai cités étaient des abcès de la fosse iliaque, c'est-à-dire sous-péritonéaux.

M. DESPRÈS. Un mot seulement à M. Verneuil. Je ne partage pas son scepticisme relativement à l'éponge préparée qui peut rendre, dans des circonstances analogues à celles qui sont l'objet de ces discussions, de réels services, surtout lorsqu'il s'agit principalement de dilater une fistule pour en explorer le fond, ce qui était bien le but de l'opération de M. Verneuil.

COMMUNICATION

M. LABBÉ fait une communication relative à un corps étranger (une fourchette) introduit dans l'estomac.

DISCUSSION

M. DUPLAY. Je remercie, pour ma part, M. Labbé des renseignements qu'il nous a donnés dans son intéressante communication; je m'étonne seulement de ce déploiement de forces instrumentales. Il est évident que le malade a avalé la fourchette puisque le docteur Lepère l'a vu dans le pharynx. Pourquoi alors cet arsenal d'instruments explorateurs destinés à constater sa présence. Quant à l'avenir de cette fourchette, je crois qu'il est impossible de songer à l'extraire par l'œsophage, et que la seule issue consiste dans son expulsion par le rectum ou par l'ouverture d'un abcès.

M. TILLAUX. Je considère l'instrument préhenseur de Guéride comme défectueux. Il mesure au moins 3 centimètres à son extrémité. Or j'ai eu occasion de mesurer les dimensions de l'œsophage par une série de moulages que M. le docteur Mouton a exécutés sous ma direction à Clamart, et dont il a relaté les résultats dans sa thèse inaugurale. Ce canal a 14 millimètres au niveau du cricoïde, plus bas 17, 18, 19 millimètres; j'accorde deux centimètres dans ses plus grandes dimensions. Que fera dès lors l'instrument de Guéride, si ce n'est de causer des érosions et des déchirures.

M. TRÉLAT. Des moulages faits par moi bien antérieurement à ceux de M. Tillaux m'ont donné le même résultat pour le point le plus rétréci de l'œsophage 14 millimètres. J'ajoute cependant que le canal peut acquérir, sous l'influence d'une distension même faible, des dimensions beaucoup plus grandes.

Quoi qu'il en soit, je considère aussi l'instrument de Guéride comme mal conçu et, qui pis est, comme impuissant. Si M. Lepère avait pu saisir la fourchette dans l'arrière-gorge à l'aide d'un brise-pierre solide, il eût été maître du malade et aurait certainement fini par retirer le corps étranger.

Il est à craindre que les conséquences de cet accident ne soient fâcheuses. Je me rappelle avoir vu, dans le service de Roux, un homme qui avait avalé une pipe. Il en résulta au bout de seize mois un abcès de la fosse iliaque auquel il succomba. Pour extirper les corps étrangers de l'œsophage, il faudrait des instruments relativement courts, très-énergiques et garnis sur leurs bords à la façon du brise-pierre de Civiale. Pour ce qui est de l'exploration, je suis surpris qu'on ne se soit point servi du mandrin flexible terminé par une boule métallique et mis en communication avec un appareil électrique. J'aurais de beaucoup préféré ce mode d'exploration à celui qui a été employé, et qui est sujet à caution. Je n'en veux pour preuve que ce qui m'est arrivé dans mon service en explorant la vessie d'une femme chez laquelle je soupçonnais un calcul vésical. Je crus à plusieurs reprises sentir un choc qui se passait tout simplement entre les deux segments de la sonde en trois pièces. — Choc qui du reste cessa brusquement quand je me servis de l'hystéromètre. Il faut donc de toute nécessité que les instruments explorateurs des cavités profondes soient rigides et d'une seule pièce.

M. DESPRÈS. Il serait intéressant de savoir dans quelle attitude le docteur Lepère avait placé le malade dans ses tentatives d'extraction. On sait qu'il est indispensable que le malade soit fortement renversé en arrière, lorsque le chirurgien est placé derrière le malade et un peu sur le côté les tentatives d'extraction sont beaucoup plus sûres que lorsqu'on se place devant le malade. J'ai enlevé de la sorte avec facilité un sou et un sifflet.

M. LABBÉ. M. Lepère a, en effet, renversé fortement la tête du malade en arrière; mais je ne sais s'il s'est placé devant ou derrière lui. Je répondrai à M. Duplay que je partage son opinion au sujet de l'opportunité absolue des recherches qui ont été faites en vue de constater la présence du corps étranger; je lui ferai observer cependant que ces recherches ont été pratiquées avec toute la réserve possible et que, vu les circonstances où l'on se trouvait, pas un chirurgien peut-être n'eût pu se soustraire au désir bien naturel de constater par des signes physiques l'existence d'un corps dont la présence s'appuyait sur des preuves purement morales. Il est arrivé ce qui se présente toujours en pareil cas. Les fabricants d'instruments se sont

ingéniés à fabrique aes explorateurs et me les ont soumis. Ainsi, je le répète, ai-je cru pouvoir, avec tout le soin et toute la prudence imaginables, utiliser ce zèle au profit d'une exploration fort difficile et, si faire se pouvait, d'une extraction, qui d'ailleurs était conseillée par plusieurs chirurgiens.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Les Mémoires des concours et des savants étrangers publiés par l'Académie royale de Belgique 1er fasc. du tome VIII. — *Les Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, tome X, 1873.

M. CAUVY DE BÉZIERS fait hommage à la société de diverses publications scientifiques.

M. KRISHABER offre un travail extrait du *Dictionnaire encyclopédique* intitulé : *Maladies des chanteurs.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante.

M. LE PRÉSIDENT annonce également que M. le docteur Faucon, membre correspondant, assiste à la séance.

COMMUNICATION

M. FAUCON fait la communication suivante :

Je viens communiquer à la Société de chirurgie deux cas de ce que je crois être ce qui a été décrit sous le nom de fistules bran-

chiales qu'il m'a été donné d'observer dans ces dernières années. Ce n'est pas la première fois que la société est saisie de cette question : en 1866, M. Serres d'Alais avait appelé son attention sur ce sujet (1). Depuis lors ces fistules ont donné lieu, en France, à des travaux importants qui sont dus à un de mes premiers maîtres, notre collègue, M. Ch. Sarazin (2), et, sous son inspiration, à l'un de ses élèves, à M. le docteur Gass (3). Si j'y ajoute une leçon clinique faite par M. Broca, à la Pitié, le 19 février 1872, et restée inédite, j'aurai indiqué ce que je connais des recherches faites sur ce sujet par les chirurgiens de notre pays.

De ces deux observations, l'une m'est personnelle; j'ai recueilli la seconde à la Pitié, dans le service de M. Broca.

Note sur deux cas de fistules branchiales. — Obs. I. — J'étais occupé, le 17 mars dernier, à examiner le cou d'une femme, âgée de trente-neuf ans, qui vend du poisson à la criée dans la rue, et qui était venue me consulter pour une petite tumeur du lobe droit de la glande thyroïde, probablement un kyste, lorsque j'aperçus une cicatrice adhérente au niveau du cartilage thyroïde.

Cette cicatrice, mince, rectiligne et horizontale, mesure 2 centimètres : la peau, à ce niveau, est adhérente au larynx qui l'entraîne avec lui dans les mouvements de déglutition; elle se trouve située à la jonction du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs du cartilage thyroïde; une de ses extrémités commence sur la ligne médiane, puis elle se continue à droite de cette ligne.

En palpant la région, je sentis mon doigt se mouiller, et je découvris, immédiatement en dehors et à gauche de la ligne médiane, caché ainsi que la cicatrice dans le pli du cou connu sous le nom de *collier de Vénus* et qui est assez profond chez cette femme douée de pas mal d'embonpoint, un tout petit orifice par où s'écoulait le liquide qui avait humecté mon doigt.

En même temps la malade me racontait que, dans son enfance, vers l'âge de sept à huit ans, il s'était formé à ce niveau une tumeur qu'on avait dû ouvrir, mais que depuis lors, à part quelques circonstances où il s'était développé en cet endroit, surtout à l'époque de la puberté, une légère inflammation, elle n'avait jamais souffert de sa

(1) Séance de la Société de chirurgie du 17 janvier 1866.

(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Cou*, t. IX, p. 659.

(3) Gass, *Essai sur les fistules branchiales.* Thèses de Strasbourg, 1867, 2e série, n° 977.

fistule, et qu'elle n'en éprouvait d'autre incommodité que le petit suintement qui avait appelé mon attention.

Ces commémoratifs et le siége du mal me firent penser à une fistule branchiale.

Comme j'avais vu le liquide sourdre au moment de la déglutition, j'avais cru d'abord à une fistule branchiale complète, communiquant avec le pharynx. C'était une erreur qu'il me fut facile de corriger par un examen plus attentif.

En effet, le liquide qui s'écoule de la fistule n'est pas de la salive, c'est une substance filante, ayant le plus souvent la consistance du sirop de gomme et à peu près analogue au mucus qu'on voit sortir du col utérin.

Ce liquide est tantôt limpide et transparent, tantôt opalin, avec des traînées grisâtres.

Les boissons ingérées par la malade ne sortent pas par l'orifice fistuleux : je lui ai fait avaler pour m'en assurer des liquides colorés, tels que de l'eau-de-vie et du vin. De plus, elle ne s'aperçoit pas que la sécrétion augmente au moment des repas.

En raison de l'étroitesse de l'orifice, je ne pus y introduire, et encore avec quelque peine, que la bougie conductrice de Maisonneuve pour l'uréthrotomie. Cette bougie s'engageait profondément dans le cou dans deux directions : directement en arrière à une profondeur de 2 centimètres et d'un autre côté obliquement à gauche et un peu en haut dans une étendue de 4 centimètres.

En la retirant, je ramenais avec elle une quantité de mucus plus considérable que celle qui suinte ordinairement. Cette quantité augmentait également lorsque j'exerçais des pressions sur la région située immédiatement au-dessus de l'orifice.

Après cette première exploration, il me fut possible d'introduire dans les directions et aux profondeurs indiquées la canule la plus petite d'une seringue d'Anel, au moyen de laquelle j'injectai du cognac qui n'arriva pas dans le pharynx, mais ressortit par l'orifice.

Ces diverses explorations ne déterminent qu'une très-légère douleur; à aucun moment elles n'occasionnèrent de la toux.

Je demandai à la malade si elle désirait être débarrassée de sa fistule; elle me répondit qu'elle n'en était pas était gênée, et qu'elle ne tenait pas à s'en défaire, si l'on ne pouvait y arriver qu'au prix d'une opération.

C'eût été le cas d'essayer la cautérisation du trajet au moyen du fil galvano-caustique; mais n'ayant pas à ma disposition l'appareil nécessaire, et n'ayant à proposer à la malade que des opérations

dont le succès n'était pas absolument certain, et qui pouvaient à la rigueur présenter quelque danger, je n'insistai pas et me bornai à lui conseiller des injections de teinture d'iode.

Je la revis une seconde fois pour sa tumeur de la glande thyroïde; mais comme il s'était produit un peu d'inflammation dans le trajet fistuleux à la suite de mes premières explorations, elle ne me permit pas de les renouveler.

Obs. II. — Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune femme de vingt-huit ans qui vint, au mois de février 1872, se faire soigner à la Pitié par M. Broca, pour une ulcération fistuleuse située sur la ligne médiane du cou, au niveau du larynx.

Elle faisait remonter à l'enfance le début de son mal, qui aurait commencé vers l'âge de deux ans, par la formation d'une tumeur qui se serait abcédée et ouverte. Elle ne pouvait donner, sur ce point, de renseignements plus précis.

L'ouverture de l'abcès avait entraîné à sa suite la formation d'un trajet fistuleux qni persista pendant très-longtemps, puisque la malade se rappelait que vers l'âge de huit ans on y pratiquait des injections de teinture d'iode qu'elle sentait revenir par la bouche. Elle n'avait pas souvenir qu'en aucune circonstance, ces injections eussent amené des accès de suffocation.

Puis, peu à peu, la partie profonde du trajet s'oblitéra, et il ne restait, au moment où nous examinâmes la malade, qu'une surface cicatricielle, située sur la ligne médiane, sur toute la hauteur du cartilage thyroïde, et au niveau de laquelle la peau était plissée, tendue et attirée vers une sorte d'ombilic, dont le fond, qui avait 5 ou 6 millimètres de profondeur, adhérait à une corde fibreuse indurée et cylindrique qui allait se perdre vers le larynx auquel elle adhérait. Je pense que la fistule était un peu plus profonde et avait 7 à 8 millimètres.

On découvrait, au fond de la dépression une surface ulcérée, de la largeur d'une grosse tête d'épingle, qui se cicatrisait de temps en temps pour s'ulcérer de nouveau au bout de quelques jours ou de quelques semaines de guérison apparente.

Ce cul-de-sac avait été nombre de fois soumis, sans succès, à des cautérisations faites soit avec le nitrate d'argent, soit même avec le fer rouge.

En présence de ces récidives incessantes, M. Broca, après avoir dans une leçon clinique, démontré qu'il s'agissait là d'un cas de fistule branchiale qui, d'abord complète, s'était ultérieurement oblitérée

dans ses parties profondes, et cité un fait analogue qu'il avait eu l'occasion d'observer, résolut de tenter la cure radicale de cette fistule borgne externe et pour cela eut recours à l'opération suivante :

Incision circulaire de la cicatrice sur le pourtour de l'entonnoir. Dissection de la membrane qui formait le bord de cet entonnoir. On détache ainsi une sorte de cône dont le sommet correspond à un cordon poreux implanté sur la membrane thyro-hyoïdienne. On termine l'opération en sectionnant ce cordon, qui paraît plein au niveau de la section.

Aucun accident. La plaie bourgeonne au bout de quelques jours, puis se rétrécit et se cicatrise en partie, mais le fond n'était pas encore cicatrisé le 30 mars, lorsque M. Broca quitta le service de la Pitié pour aller prendre celui de la Clinique.

J'avais perdu cette malade de vue, et désirant connaître ce qui était advenu de cette tentative opératoire, dont je ne sais d'autre exemple que le fait rapporté par Ch. Sarazin, j'écrivis à M. Broca, et j'extrais les lignes suivantes de la réponse qu'il voulut bien m'adresser : « Quant à la femme que vous avez vu à la Pitié, l'opération que je lui avais faite paraissait devoir échouer. Tout n'était pas dit cependant, car la fistule était rétrécie, et le temps pouvait amener la guérison. Elle en était là lorsque je quittai la Pitié. Elle devait venir me retrouver à la Clinique, mais je ne l'ai pas revue. »

Ces deux faits sont des exemples de fistules branchiales borgnes externes, qui me paraissent reconnaître deux origines différentes. Dans le cas de M. Broca, la fistule me semble assez nettement résulter des tentatives faites pour oblitérer une fistule branchiale complète ; quant à celui qui m'est propre, j'avoue que je crois devoir rester dans le doute. Cette fistule existait-elle dès la naissance ? ou bien est-elle consécutive à l'inflammation d'un de ces kystes du cou qui avaient été signalés par Boyer (1) sans qu'il se rendît compte de leur origine ? Ces deux hypothèses sont également plausibles.

Il suit de là qu'au point de vue de l'étiologie, les fistules branchiales borgnes externes peuvent :

1° Être congénitales ;

2° Succéder à une fistule communiquant d'abord avec le pharynx et incomplétement oblitérée ;

3° Se former à la suite de l'ouverture spontanée ou artificielle d'un kyste dermoïde du cou.

---

1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, p. 38.

Tout le monde, en effet, est aujourd'hui d'accord, à ce que je crois, sur la communauté d'origine des kystes dermoïdes [du cou et des fistules branchiales.

Au point de vue de la symptomatologie, je me bornerai à signaler une seule particularité.

Elle a trait au siége de l'orifice de ces deux fistules, qui se trouve à la fois sur la ligne médiane et à un niveau assez élevé du cou, tandis que d'ordinaire on l'observe à la partie inférieure du cou et au voisinage du bord du sterno-mastoïdien. Ces faits confirment donc la règle établie par Sarazin (1) que « plus l'orifice cutané est élevé, plus il s'éloigne en dedans du bord interne du muscles sterno-mastoïdien pour se rapprocher de la trachée ».

On attribue en général avec Heusinger (2) les fistules branchiales, à la persistance de la quatrième fente branchiale; il me paraît que, dans les cas analogues à ceux que M. Broca et moi avons observés, c'est plutôt la troisième fente qui se trouve en cause, en raison de son voisinage avec les portions du quatrième arc branchial qui forment le larynx.

Je terminerai en adressant quelques questions à la société au point de vue du traitement de ces sortes de fistules.

Est-il vrai, ainsi que l'a écrit Sarazin (3) en se basant sur un fait de Mayr (4), que les tentatives destinées à oblitérer une fistule branchiale complète doivent être rejetées en principe dans la crainte de transformer cette variété inoffensive en une fistule borgne interne, susceptible d'occasionner des accidents sérieux.

M. Serres, lors de sa communication, a fait connaître à la société un fait de fistule complète, guérie par les injections iodées. Il est vrai que ce chirurgien ne dit pas avoir suivi son malade, et que son observation reste muette sur la question de savoir s'il s'est produit ou non des accidents ultérieurs.

Chez la malade de la Pitié, au contraire, qui avait à l'origine une fistule branchiale complète, on a eu à observer dans les quinze ou vingt années qui ont suivi sa transformation en fistule borgne aucun des accidents redoutés par Sarazin. C'est donc là un fait de nature

(1) Sarazin, *loc. cit.*, p. 660.

(2) Heusinger, *Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin,* von R. Wirchow.

(3) Sarazin, *loc. cit.*, p. 661.

(4) *Jahrbuch der Kinderheilkunde,* Bd. IV, 1861, p. 209.

à encourager les partisans de l'intervention chirurgicale dans les cas de fistules complètes.

Lorsqu'il s'agit de fistules borgnes externes, jusqu'à quel point doit-on intervenir ?

La règle à établir dans ces cas me paraît dépendre du plus ou moins de profondeur de la fistule.

Sans doute, lorsque le trajet n'est pas très-profond, qu'il ne dépasse pas 1/2, 1 et même 2 centimètres, ou lorsque dans les cas exceptionnels, il est immédiatement couché sous la peau, on peut sans hésitation en pratiquer l'ablation, ainsi que l'ont fait les premiers MM. Sarazin et Broca.

Mais lorsque la fistule va profondément se perdre, ainsi que cela existait chez ma malade, à une distance de 4 centimètres, je me demande s'il serait prudent, pour une affection qui cause si peu de gêne, de tenter une opération qui peut être suivie de quelques complications.

Je suis d'autant plus autorisé à me poser cette question que les chances de guérison ne sont pas absolues, ainsi que paraît le prouver le fait de M. Broca.

Il me semble qu'en pareil cas, mieux vaut se borner à des moyens peu dangereux; tels que les injections iodées ou la cautérisation avec le fil galvano-caustique, bien que je reconnaisse que, par cette dernière méthode, il soit facile de dépasser ou de ne pas atteindre le but.

Du reste, il arrivera souvent que le chirurgien devra se conformer aux désirs des malades, qui, pour ce qu'ils considèrent comme une bagatelle, refuseront, comme celle que j'ai vue, de se soumettre à des opérations sanglantes.

DISCUSSION

M. BOINET. J'ai publié il y a quelque vingt ans un travail sur les fistules laryngées. Un de ces cas avait été traité par Lisfranc, qui avait d'abord employé vainement les injections et les cautérisations. Il avait ensuite fendu le trajet fistuleux, afin de pouvoir le panser à plat. Il n'était sans doute pas arrivé au fond même de la fistule; car il y eut récidive, et je fus alors consulté. J'employai les injectious iodées, et j'obtins un plein succès. Un autre malade avait une fistule de 3 ou 4 centimètres de longueur, rebelle à tout traitement. Je le guéris de la même façon. Aussi, sans vouloir rechercher si l'on avait affaire dans ces deux cas à des fistules simples ou compliquées, ne

puis-je que constater l'heureux résultat obtenu par les injections iodées.

M. DESPRÈS. Chargé il y a quelques années déjà du rapport sur les travaux de M. Serre d'Alais, j'ai lu tout ce qui a trait aux fistules branchiales. Or je ne crois pas qu'on puisse donner ce nom à l'affection que présentent les maladies dont M. Faucon nous a entretenus. Une foule de maladies donnent lieu à la formation de fistules borgnes externes, telles que les fistules de la bourse muqueuse prélaryngée. Or ici la congénialité étant loin d'être évidente, je ne crois pas, je le répète à l'existence de fistules branchiales.

M. PAULET. Je parlerai dans le sens de M. Desprès. Je ne voudrais pas, en effet, que l'on confondît les fistules de la bourse muqueuse thyro-hyoïdienne avec les fistules branchiales. Boyer, Malgaigne, Nélaton, avaient insisté sur la difficulté de la guérison des fistules thyro-hyoïdiennes, difficulté basée sur le passage de la bourse muqueuse derrière l'os hyoïde, et sur les mouvements incessants dont cette région est le siége. M. Boinet a cité deux succès. Pour ma part, j'ai eu à traiter cinq de ces fistules. J'ai traité les quatre premières par tous les moyens thérapeutiques connus, la galvano-caustique comprise, j'ai échoué. Aussi me suis-je abstenu de tout traitement vis-à-vis de la cinquième. Je crois que la nature de l'affection des malades de M. Faucon ressort des termes mêmes de sa description. Le liquide qu'il nous a décrit, filant, parfois rouge groseille, est bien le liquide des fistules thyro-hyoïdiennes.

M. HOUEL. J'ai été appelé à voir un certain nombre des fistules dont il est question, et j'ai presque constamment vu Nélaton échouer dans leur traitement. Je ne me rappelle même que les insuccès, à l'exception d'un employé du chemin de fer de Lyon qui a guéri. J'ai, pour ma part, opéré deux fois avec le docteur Feliset, un enfant du collége d'Amiens, et cela, passez-moi l'expression, avec une sorte de férocité. J'ai disséqué le trajet avec le plus grand soin; je suis arrivé jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne, et l'opération promettait un succès complet, puisque huit mois après la guérison persistait, lorsque tout dernièrement, à Pâques, on m'a écrit qu'il y avait récidive, et qu'une petite tumeur se reproduisait avec écoulement du liquide rouge groseille caractéristique. J'ai examiné avec M. Robin la muqueuse de ces trajets fistuleux; et nous avons trouvé partout de l'épithélium à cils vibratiles. Il est probable que c'est à la destruction incomplète de ces cils que la récidive est due. Dans le cas présent on me propose de faire de nouvelles tentatives. Je n'en suis pas pressé, je l'avoue, et je crois que, dans l'espèce, il vaut mieux laisser

les malades livrés à eux-mêmes. Je cite, à l'appui, l'observation suivante :

Fistule prélaryngée thyro-hyoïdienne. — Le jeune F..., âgé de douze ans et demi, se présente à la consultation de M. le docteur Houel, en novembre 1867, pour une ulcération siégeant à la partie inférieure de la région sus-hyoïdienne, au niveau de la portion médiane de l'os hyoïde. C'est un enfant petit pour son âge et présentant les signes d'une constitution scrofuleuse. Sa naissance a eu lieu après une durée de gestation normale, et il ne semble pas que, pendant sa grossesse, sa mère ait éprouvé quelque accident notable.

Il était âgé de sept ans quand sa famille s'aperçut pour la première fois qu'il portait sur la ligne médiane antérieure du col, au sommet de l'angle formé par les muscles sus-hyoïdiens et la ligne verticale du larynx, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Bien que ses parents, personnes instruites et intelligentes, aient montré, dans le cours de cette maladie, des qualités précises d'observation, il est probable que la tumeur existait avant qu'ils en fissent la découverte; l'étude qu'on en fit ultérieurement vient à l'appui de cette opinion et permet d'admettre que cette grosseur était *congénitale*.

Cette tumeur, assez dure, mais fluctuante, prit un développement assez notable pour qu'on consultât un chirurgien qui, croyant à une adénite suppurée et siégeant, contre la règle ordinaire, sur la ligne médiane, y pratiqua une incision. Il fit sortir une petite quantité d'un liquide transparent et assez cohérent pour s'échapper sous la forme d'une grosse goutte visqueuse. Cinq ou six cautérisations furent pratiquées avec l'azotate d'argent dans le fond du sac. La plaie ne se fermait pas et donnait issue à des gouttelettes de liquide que les parents comparent, pour la transparence, à du blanc d'œuf un peu fluide ou à de la salive épaisse.

A l'âge de neuf ans, l'enfant fut présenté à M. Blache, qui institua le traitement antiscrofuleux qu'indiquait bien la constitution de l'enfant, et prescrivit des applications de glycérine et d'eau de noyer sur la plaie. L'enfant acquit de la force, mais l'ulcération du cou persista avec son écoulement particulier. Deux ans après, M. Demarquay consulté, conseilla de continuer la glycérine et ordonna de faire avec un caustique fumant (les parents ne peuvent donner de renseignement plus précis) des cautérisations, qu'on n'osa pas pratiquer. En novembre 1867, l'enfant fut conduit à la consultation de M. Houel: il était alors âgé de onze ans et demi. M. Houel reconnut immédia-

tement la nature de l'affection dont il avait déjà eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas; mais, comme le mal affectait des caractères en dehors de la forme commune, il fit voir le malade à M. Nélaton, qui confirma son diagnostic.

Il s'agissait d'un de ces kystes congénitaux sus-hyoïdiens que Boyer a le premier signalés, et sur la nature desquels il ne s'est pas prononcé.

Ces kystes congénitaux, une fois ouverts, prennent et conservent l'apparence d'une fistule, plus ou moins large, mais assez aisée à reconnaître. Dans le cas actuel, le kyste avait la *forme étalée* : la nature et la persistance de l'écoulement et l'histoire de son évolution avaient suffi à M. Houel pour le reconnaître.

On voyait alors au niveau de l'angle formé par la région sous-hyoïdienne avec le cou, sur la ligne médiane, une petite ulcération, à peu près circulaire, large comme une pièce de cinquante centimes, et dont la surface rougeâtre avait un aspect tomenteux et chagriné tout spécial. Cette ulcération reposait sur une plaque indurée, dépendance manifeste de la peau, que le doigt pouvait suivre jusqu'à l'os hyoïde, au-dessous duquel elle semblait s'enfoncer. La surface était humectée par un liquide qui peut être comparé au mucus normal des glandules du col utérin. L'issue de ce liquide était encore activée par des pressions sur l'induration, au point où apparaissait une gouttelette. C'est en vain qu'on chercha un trajet avec un stylet fin : on ne put rien trouver. Cette exploration pratiquée à diverses reprises n'amena jamais de résultat. On avait vu plusieurs fois les diamètres de cette sorte de plaie diminuer spontanément, mais jamais elle ne s'était fermée : elle avait oscillé seulement entre des dimensions plus ou moins grandes.

En avril 1868, M. Houel pratiqua l'opération. Deux incisions demi-circulaires réunies circonscrivirent dans leur concavité la surface du kyste, à plus de 2 millimètres de la périphérie, et furent portées assez profondément pour que l'on vît le tissu adipeux sous-jacent.

M. Th. Anger, qui avait assisté M. Houel dans l'opération, fit l'examen microscopique de la portion de substance extirpée. Son examen devait porter sur deux points essentiels : 1° il devait rechercher quelle était la nature du tissu morbide? — 2° il devait s'assurer si les limites de ce tissu avaient été assez largement dépassées pour qu'on pût espérer une guérison.

Une étude très-attentive lui montra du tissu lamineux et adipeux sur toute la surface profonde du kyste et lui permit de conclure que l'extirpation avait été aussi complète que possible.

Quant à la nature du tissu, le microscope leur révéla : que le trajet était recouvert d'une épithélium cylindrique à cils vibratiles; à la suite de cette opération, le pourtour de la peau bourgeonna, mais on vit bientôt apparaître, au milieu de la cicatrice circulaire, la même surface rose, tomenteuse et chagrine, qui s'humectait du liquide que la famille du jeune malade reconnut bien. Il était acquis dès lors que, malgré son étendue et sa profondeur, la première ablation n'avait eu d'autre résultat que de confirmer le caractère rebelle de ces kystes congénitaux du cou.

Le 3 octobre 1868, M. Houel fit une deuxième tentative : une large incision circonscrivit en haut et en bas les limites de la tumeur et en commença l'ablation. Mais le fond était très-mince, le tissu très-friable et ce ne fut que par parties que le kyste fut encore une fois enlevé; la situation entre le menton et le sternum, qui se rapprochaient et rétrécissaient le champ de la manœuvre opératoire, l'indocilité de l'enfant, malgré son anesthésie par le chloroforme, rendaient l'opération difficile et un mouvement brusque pouvait pousser l'instrument vers le larynx. Une plaquette de pâte de Canquoin fut appliquée sur la plaie et maintenue douze heures. L'enfant repartit en province le lendemain.

Quand il revient à Paris, le 15 octobre 1868, à la consultation de M. Houel, l'escarre est tombée, et la plaie présente l'aspect suivant : une masse de bourgeons charnus occupe la partie supérieure et latérale droite de l'ulcère; mais, au dessous, un cul-de-sac infundibulaire assez profond apparaît avec la coloration tomenteuse et rose du kyste primitif. Le liquide filant continue à sourdre avec les caractères si souvent constatés auparavant. La poussée inflammatoire rend encore (douze jours après l'opération), les mouvements de déglutition un peu pénibles; mais l'enfant est, il faut le dire, très-douillet.

M. Houel applique une petite plaquette de pâte de Canquoin, que l'on maintiendra pendant environ douze heures. A la suite de ces cautérisations, la plaie se cicatrisa, et l'on put croire l'enfant guéri. Lorsque le 30 juin 1869, c'est-à-dire huit mois après l'opération, M. Houel reçut une lettre qui lui annonçait qu'un gonflement était de nouveau apparu dans la sus-hyoïdienne; la fistule s'est reproduite de nouveau, et il est probable que le jeune enfant la porte encore aujourd'hui.

DISCUSSION

M. LABBÉ. Je citerai, à l'appui des difficultés auxquelles on est en butte dans le traitement de ces fistules, un fait qui m'appartient en propre.

J'eus occasion, il y a quelque temps déjà, d'opérer avec Denonvilliers, une jeune et jolie femme qui avait déjà subli des traitements de toute sorte. Engagé par Denonvilliers à faire une nouvelle tentative, je disséquai avec soin le trajet jusqu'à la membrane elle-même, je cautérisai à plusieurs reprises, et cela sans succès. Cela remonte à sept ou huit ans environ. Aussi en présence de ces énormes difficultés est-on en droit de se demander si, lorsqu'ou obtient une guérison, on a affaire à une affection de la même nature.

M. DUPLAY. Je regrette que M. Broca n'assiste pas à la séance. Il a en effet vu un des cas de M. Faucon, et il eût pu confirmer que c'était bien une fistule branchiale. Elle était d'ailleurs sur le côté droit, et non sur la ligne médiane; ce qui est caractéristique. Je ferai de plus observer que, par son siége, elle ne faisait point exception à la règle. Quand M. Broca l'a vue, elle avait déjà subi plusieurs traitements qui l'avaient fait remonter et assez haut au-dessus de son point d'origine. Les injections démontraient du reste surabondamment que c'était bien à une fistule branchiale que l'ou avait affaire.

M. VERNEUIL. Je ne puis accepter comme absolument vraies les règles que je viens d'entendre exposer. S'il est vrai que la fistule branchiale siége à droite quand elle est unique, il faut ajouter que les fistules bi-latérales ne sont pas très-rares. Quant à la hauteur, j'ai vu des fistules symétriques en cul-de-sac à la réunion du premier avec le deuxième arc branchial; un étudiant valaque que j'ai eu occasion d'observer en portait une double entre le deuxième et le troisième arc branchial. Il faut surtout éviter de confondre les fistules branchiales occupant cette région, la ligne médiane, avec les fistules de la bourse séreuse de Boyer, et dans ces cas on devra s'appuyer comme caractère fondamental sur l'épithélium à cils vibratiles qui les tapisse; alors que les autres ne présentent que de l'épithélium pavimenteux.

M. DUPLAY. Je ferai observer que je n'ai voulu parler que des fistules unilatérales et réellement branchiales.

M. LEDENTU. Il y aurait une distinction à établir entre les fistules médianes et les fistules latérales. Tout en tenant compte de l'appréciation de M. Verneuil, relative aux prolongements trachéaux, je

tiens à signaler que l'on a observé des kystes à cils vibratiles sur toutes les régions du corps, et Dumoulin a publié une observation de kyste de la partie antérieure de la jambe avec cils vibratiles. Aussi ne faut-il pas, je crois, se presser de conclure, même en s'appuyant sur ce caractère.

M. LANNELONGUE. A l'appui des fistules médianes communiquant avec les voies aériennes, je me souviens d'avoir vu une fistule de cet ordre opérée par Nélaton et Denonvilliers. La dissection fut faite minutieusement; le fond fut enlevé avec soin, et M. Robin put y constater des glandules de la cavité laryngée, analogues à celles qui se trouvent à la base des cartilages aryténoïdes.

M. HOUEL. C'est moi qui ai donné le conseil à M. le docteur Dumoulin de faire sa thèse sur ce sujet. A l'appui des faits cités par lui, je possède l'observation curieuse d'une jeune fille de dix-huit à dix-neuf ans, qui présentait au devant du sternum une fistule ayant subi déjà dix ou douze opérations. Je l'incisai largement dans toute sou étendue, et la guérison complète fut obtenue. M. Robin examina la pièce ; j'ai le dessin représentant cet examen, et l'on peut voir, d'après lui, que cette fistule sans communication avec les voies respiratoires était tapissée de cils vibratiles.

M. PAULET. Je voudrais qu'il fût possible de tirer de cette discussion une conséquence pratique. C'est du diagnostic exact que devra découler le traitement à adopter. Or dans les fistules du cou, les fistules branchiales, si elles sont externes, guérissent habituellement, quel que soit le moyen thérapeutique employé. Quant aux fistules des bourses séreuses, celles de la bourse pré-thyroïdienne sont encore curables par l'enlèvement de la bourse elle-même; tandis que les fistules thyroïdiennes ne sont pas justiciables de l'incision par ce fait même qu'il est possible d'enlever la partie antérieure de la bourse, mais que la partie postérieure est inaccessible. C'est dans ces cas que l'irritation produite par les injections est peut-être seule applicable.

M. TILLAUX. J'ai autrefois discuté avec Nélaton le point de départ de ces fistules. Nélaton n'admettait point que ce poiut de départ fût la bourse séreuse thyro-hyoïdienne; il se plaçait dans ce groupe de glandes situé entre la face postérieure de l'épiglotte et la membrane thyro-hyoïdienne; aussi proposait-il l'extirpation de ces fistules; mais à la condition expresse d'enlever le fond du cul-de-sac appuyé sur l'épiglotte; et, l'opération faite, le contrôle était facile. Un petit cylindre, un petit crayon par exemple, introduit dans le trajet, traversait-il librement le canal à ses deux extrémités, l'opération était incomplète, et la récidive devait survenir; le cylindre était-il au

contraire arrêté dans un cul-de-sac, la guérison devait être obtenue.

M. VERNEUIL. Je crois que les fistules ayant pour origine les glandes pré-épiglottiques ne sont démontrables ni par les dissections, ni par le raisonnement. Comment admettre, en effet, qu'un hygroma fistuleux, capable de perforer la membrane crico-thyroïdienne, ne remontât pas une hauteur beaucoup plus considérable, jusqu'à la bouche par exemple. Aussi considéré-je cette théorie comme absolument fantaisiste.

M. TILLAUX. Je ferai remarquer que, d'après mes propres paroles, j'ai discuté le fait avec Nélaton ; cela ne veut pas dire que j'ai accepté ces idées.

M. FAUCON. Bien que, dans les deux cas que j'ai cités, la fistule branchiale me paraisse absolument certaine, j'admets qu'il est parfois extrêmement difficile de déterminer exactement le point de départ.

COMMUNICATIONS

M. LONGUET fait au nom de M. Gallard, retenu par ses fonctions de juge au concours du bureau central, une communication dont le manuscrit sera très-prochainement adressé.

M. LABBÉ complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance relativement à un corps étranger de l'estomac.

DISCUSSION

M. LARREY. J'avais engagé M. Labbé a communiquer à la société ce fait si intéressant, et j'ai entendu avec grand plaisir le complément de détails qu'il vient de nous donner. Tout dernièrement, je reçus une lettre du frère de M. Sédillot, qui, en l'absence de ce dernier, me priait de lui communiquer mes impressions au sujet de ce fait, notamment au point de vue de l'intervention ou de la non-intervention chirurgicale; je me prononçai nettement pour l'expectation. En cas d'accident seulement j'optais pour les explorations et les tentatives d'extraction, attendant si des phénomènes inflammatoires se produisaient que les adhérences se fussent produites, et réservant la gastrotomie au cas où toutes les tentatives d'extraction seraient restées infructueuses. M. Sédillot a partagé entièrement mon avis; mais je n'ai point cru devoir émettre ici mon opinion à ce sujet avant la communication de M. Labbé. Il est aujourd'hui possible d'espérer, d'après les dernières nouvelles, que les accidents inflammatoires qui se

sont manifestés amèneront des adhérences, puis un abcès qui livrera passage au corps étranger. M. Baillarger cite un cas analogue. M. Cloquet a vu, dans le service d'Antoine Dubois, un saltimbanque, un avaleur de sabre à qui un beau jour un fragment de la lame avait échappé et avait été avalé. Quelque temps après un abcès se déclara dans l'aine; on l'ouvrit, et l'on put extraire le corps étranger.

M. BOINET. Un seul fait dans la science nous rapporte l'issue d'une fourchette par l'anus. Une quinzaine de faits relatifs à divers corps étrangers plus ou moins volumineux nous les montrent se faisant jour par des abcès. Il faut donc attendre patiemment. Je fais cependant une réserve relative aux accidents qui peuvent se produire. On est alors autorisé à agir, et six fois dans des cas analogues la gastrotomie a été faite avec succès. On trouve d'ailleurs des plaies de l'estomac suivies d'une prompte guérison et en admettant que longtemps on ait cru à une gravité trop grande des plaies de l'estomac, on doit aujourd'hui se trouver enhardi et encouragé par les nombreuses opérations qui se pratiquent journellement sur les organes contenus dans la cavité abdominale, et qui comptent un grand nombre de succès.

M. DESPRÈS. Il ne faudrait pas comparer les cas de gastrotomie suivie de guérison avec les cas de M. Sédillot. Dans le premier cas, un abcès s'était formé, avait créé des adhérences, et l'opération se résumait à son ouverture pure et simple. Quant à comparer la gastrotomie avec l'ovariotomie, je ne trouve que peu d'analogie, à cause des difficultés inouïes que l'on éprouve à placer et à maintenir fixées des sutures sur un organe qui se contracte sans cesse comme l'estomac.

M. BOINET. Sédillot pratiquait la gastrotomie pour des rétrécissements de l'œsophage. Aussi, quel que fût le résultat immédiat de l'opération, l'issu de la maladie ne pouvait-elle être que fatale.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : les journaux de médecine.
La Fistule de Louis XIV, par le docteur A. Corlieu.

SIR H. THOMPSON, membre correspondant à Londres, fait hommage à la société de *la Traduction française de ses œuvres complètes.* Cette traduction faite par MM. Campenon, Labarraque et Martin, externes des hôpitaux, est précédée des leçons cliniques traduites par MM. Hue et Gignoux.

M. MARC SÉE offre, de la part du docteur Louis Jullien, deux exemplaires de sa thèse : *De l'amputation du pénis.* Cette thèse prendra part au concours du prix Duval.

M. LARREY offre, de la part du docteur Paul Bouley, un mémoire imprimé : *De l'ostéomalacie chez l'homme.*

M. DUPLAY offre, de la part du docteur Pamard d'Avignon, candidat au titre de membre correspondant national, deux observations manuscrites intitulées : *Concrétions calcaires formées dans les deux bourses pré-rotuliennes. Blessure de l'œil par un grain de plomb, qui s'est arrêté dans le corps vitré.*

M. TERRIER prie la société de le comprendre au nombre des candidats au titre de membre titulaire.

RAPPORT

M. DUPLAY fait un rapport verbal sur un travail de M. Cauvy, de Béziers, sur une observation d'anévrysme de l'artère poplitée.

M. VERNEUIL demande que la parole lui soit réservée, dans une prochaine séance, pour l'exposition de six faits d'anévrysmes traités par diverses méthodes dont il se propose d'exposer les résultats.

LECTURE

M. TILLAUX fait au nom de M. Cazin, membre correspondant, la lecture du mémoire suivant :

Luxation graduelle de l'extrémité sternale de la clavicule. — Malgaigne, dans son *Traité classique des fractures et des luxations*, divise ces lésions en traumatiques congénitales et pathologiques, réunissant, sous ce dernier titre, les cas les plus dissem-

blables, qui n'ont de commun que l'absence de violence ext rieure comme cause de production.

Il serait, ce me semble, plus scientifique de réserver le nom de luxations pathologiques aux déplacements qui résultent d'un état morbide antérieur de la jointure; tandis qu'il existe, rarement il est vrai, des luxations consécutives à des déviations portant sur des articulations voisines, celle qui est le siége de la luxation étant saine.

Ces déboitements de formation lente peuvent être groupées sous le nom de luxations graduelles, appellation sous laquelle elles sont désignées par MM. Richet et A. Desprès dans le *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, article *Clavicule*, t. VIII, p. 37.

C'est à une espèce de ce genre que se rapporte le fait suivant dont je vais avoir l'honneur de vous lire l'observation recueillie sous mes yeux à l'hôpital maritime de Berck-sur-mer, par MM. Delannoy et Deligny, internes du service.

OBS.— Joseph B..., âgé de onze ans, né à Aubervillers, sortant de l'hôpital des Enfants, arrivé à Berck le 21 décembre 1872. Taille, 1 mètre 43, en suivant les flexuosités de la colonne vertébrale, 1 mètre 30 à la toise, pas d'antécédents héréditaires connus. Cet enfant ne présente aucune trace de rachitisme.

Il a été envoyé à l'hôpital maritime pour mal de Pott dorsal, remontant à deux ans (au dire de l'enfant malade), sans abcès par congestion. D'après les renseignements fournis par le bulletin d'arrivée, la marche est alors facile, et il n'existe de douleurs que lors d'efforts violents.

Janvier 1873. — Le début du séjour à Berck paraît avoir été favorable; les symptômes douloureux signalés au départ de Paris sont améliorés. — Mars 1873. Les douleurs reparaissent dans la région lombaire, et l'état général devient moins satisfaisant sous tous les rapports. — Août 1873. Ce dernier laisse de plus en plus à désirer, et l'on constate un commencement de paraplégie. Au mois d'octobre les symptômes paralytiques se sont confirmés, c'est alors qu'est survenue spontanément et sans traumatisme la lésion qui fait l'objet de cette note, c'est-à-dire une luxation sterno-claviculaire du côté gauche en avant, qui n'a été aperçue que par hasard.

Il est à noter que depuis le 10 août 1873, jusqu'au 15 janvier 1874, l'enfant n'a pas quitté le lit et qu'il a conservé, pendant une grande partie de la journée, une position particulière; le tronc soulevé et reposant sur les deux coudes portés en arrière.

A partir de la même époque, il a présenté de fréquents et violents accès de dyspnée pendant lesquels il ne pouvait être que dans le décubitus dorsal, le bras gauche élevé au-dessus de la tête, position qui, nous l'avons constaté depuis, paraissait avoir pour but et pour résultat, la réduction momentanée de la luxation.

Au 15 janvier 1874, nous constatons les particularités suivantes. La gibbosité occupe les sixième et septième vertèbres dorsales, elle est très-accentuée, sans excorations, non douloureuse; la déviation paraît simplement angulaire, il n'existe aucune courbure latérale, cependant les masses musculaires font à droite une saillie un peu plus marquée qu'à gauche, ainsi que l'on peut le constater à l'aide du cirtomètre appliqué au niveau de la partie culminante de la gibbosité.

A la région sterno-circulaire gauche existe une saillie formée par l'extrémité sternale de la clavicule, saillie qu'un œil peu exercé avait pris pour un exostose. La tête claviculaire, est porté en avant et en bas ; mais ces rapports varient un peu suivant les mouvements de l'épaule; quoi qu'il en soit, cette tête a une tendance manifeste à croiser le sternum, à chevaucher sur lui; il résulte de cette disposition que le déplacement que nous observons ici mériterait le nom de luxation presternale que quelques auteurs ont proposé de lui assigner.

On sent au-dessus, le bord de la cavité sternale qui est distaut de la tête luxée (l'épaule étant dans la position du repos) de près de 2 ceutimètres.

Le tendon du sterno-mastoïdien n'est pas déchiré, il est porté en avant et en dedans avec la clavicule elle-même, son chef externe est enroulé autour de la tête de l'os, mais il est aminci; son chef interne dévié en avant et en dedans est devenu un peu plus saillant. La totalité de la clavicule est très-manifestement écartée du thorax de 2 centimètres. Quand la luxation est réduite, cet écartement diminue un peu. On peut, à l'aide des doigts, accoler la peau de la région sous-claviculaire et du creux sus-claviculaire et faire rouler sous ses doigts le muscle sous-clavier, le creux sus-claviculaire est plus étendu quedu côté droit. Comme on pourrait le supposer, par le simple raisonnement, le diamètre postérieur l'emporte de beaucoup sur celui du côté opposé.

Non douloureuse à la pression, l'articulation n'est pas malade, et la luxation ne peut être vraisemblablement appelée pathologique. On ne constate ni du côté opposé, ni à aucune autre jointure de relâchement des ligaments, aucune laxité essentielle, comme l'appelait

Malgaigne. Dans l'articulation sterno-claviculaire gauche, c'est-à-dire celle où a eu lieu la luxation, on ne saurait affirmer s'il y a simplement élongation avec amincissement ou déchirure des ligaments.

La réduction par pression directe d'avant en arrière et de droite à gauche se fait très-difficilement et occasionne des douleurs très-vives; elle se produit au contraire très-facilement et presque naturellement par la simple élévation du bras gauche au-dessus de la tête; la luxation au contraire est exagérée lorsque l'enfant, pour se maintenir assis sur son lit ou sur une chaise, s'appuie sur les mains portées en arrière.

Les mouvements du membre thoracique se font tous avec autant de facilité que s'il n'existait aucune lésion.

Du côté du thorax, abstraction faite des déformations secondaires observées dans tous les cas de mal de Pott avec gibbosité, ce qui frappe tout d'abord est la diminution de la partie gauche de la cage thoracique, que le docteur Cazin avait annoncée à la visite avant que l'on eût découvert le malade, diminution que les mensurations et le cirtomètre sont venus confirmer.

Il existe, en outre, un rapprochement du moignon de l'épaule gauche vers l'axe du corps perceptible à la vue.

La distance d'une extrémité de la clavicule à l'autre est, du côté droit de 14 centimètres, du côté gauche, où l'os présente une courbure exagérée, cette distance n'atteint que 13 centimètres.

La mesure prise du bord axillaire de l'omoplate (à la partie moyenne) aux apophyses épineuses situées au même niveau est de 14 centimètres à droite et de 12 centimètres à gauche.

La longueur de la naissance de l'épine de l'omoplate à la colonne vertébrale est de 6 centimètres à droite et de 5 à gauche.

La mensuration de la cage thoracique d'une apophyse épineuse à un même point médian du sternum, donne à droite 37 centimètres à gauche 34.

La distance verticale de l'angle inférieur de l'omoplate à l'épine iliaque antérieure et supérieure, est à droite de 21 centimètres, à gauche de 19.

Enfin, l'angle inférieur de l'omoplate est distant du point culminant de la gibbosité à droite de 14 centimètres, à gauche de 12.

La différence entre les deux côtés est bien plus manifeste que celle que M. Woillez a signalée comme très-fréquente en faveur du côté droit (1).

(1) Woillez a constaté que sur cent seize individus, cinquante-neuf offraient

Il résulte des mensurations et du tracé cirtométrique que l'osymétrie de la cage thoracique constatée à la vue est réelle.

De plus le scapulum gauche est sensiblement rapproché de la colonne vertébrale et la partie supérieure de cette os, celle qui concourt à former plus particulièrement l'axe osseux scapulo-cléidien a subi davantage ce mouvement de translation, de bascule si je puis m'exprimer ainsi.

Ce rapprochement du scapulum et cet affaissement du thorax sont bien marqués en avant par l'écartement de la clavicule et par la rencontre de l'apophyse corroïde qui, dans certains mouvements, vien toucher les côtes.

Pour être complet, nous terminerons cette observation déjà trop longue en disant, qu'il n'existe en aucun point ni matité, ni trouble respiratoire à l'auscultation. Aucun antécédent ne peut en outre établir l'existence d'une pleurésie antérieure.

On n'a pas cru devoir instituer de traitement spécial, la nature du cas paraissant contre-indiquer toute intervention.

Les luxations graduelles de l'extrémité sternale de la clavicule me paraissent rares et n'ont guère attiré l'attention jusqu'à ce jour.

Le plus souvent les luxations graduelles ne sont que des subluxations.

Malgaigne dit avoir vu assez fréquemment, en effet, à la suite d'ankyloses vraies ou fausses non réduites de l'articulation scapulo-humérale, tous les grands mouvements du bras s'exécuter dans l'articulation sterno-claviculaire, et, par suite, les ligaments étant distendus outre mesure, la tête de la clavicule offrir une luxation incomplète en avant.

Monteggia avait déjà observé la semi-luxation chez une petite fille, par suite de douleurs rhumatismales occupant toute l'épaule.

Le seul cas, à ma connaissance, analogue au nôtre, où l'on ait rencontré un déplacement complet, est celui cité par A. Cooper (1), et qui lui a été communiqué en partie par Dane, de Baugay et Heuchmann, de Cronport.

Il s'agit d'une demoiselle Laffly, qui avait le rachis fortement dévié (l'observation n'est pas plus explicite). L'omoplate, graduellement portée en avant par la distorsion progressive de l'épine, refoula la

---

une saillie sensible du côté droit de la poitrine en arrière, sans que l'on pût l'accuser de cause physiologique.

(1) *Œuvres chirurgicales*, traduction Chassaignac et Richelot, 1837, pp. 70 et 75, observation LXLVIIe.

clavicule en dedans, et finalement celle-ci se luxa en arrière du sternum, au point de comprimer l'œsophage, et de déterminer de la difficulté dans la déglutition et par suite de l'émaciation. — La résection de la tête de l'os, qui ne manqua pas d'être laborieuse, fut suivie d'un plein succès, et la malade vécut encore six ans.

Pendant mon internat à l'hôpital Sainte-Eugénie, quoique ayant vu dans les divers services et à la consultation de nombreux cas de gibbosité, je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer l'affection secondaire qui nous occupe. — En reportant mes souvenirs jusqu'au moment où je suivis les hôpitaux de Lille, où malheureusement les déformations rachidiennes ne manquaient pas, j'arrive au même résultat.

Sur vingt cas de gibbosité dorsale actuellement à l'hôpital mariritime, les clavicules n'ont subi aucune altération apparente. — Chez les rachitiques nous constatons seulement ce volume exagéré de la tête osseuse, et la courbure plus marquée du corps de l'os, phénomènes signalés depuis longtemps.

En faisant des recherches dans les registres d'entrée et dans le recueil de nos observations, nous avons trouvé deux cent soixante cas de mal de Pott reçus depuis quatre ans et quart, sur lesquels environ soixante cas siégaient dans la région dorsale, sans remarque particulière sur l'état des clavicules. Je ne crois donc pas m'être trop avancé en disant que ces luxations étaient rares.

L'observation présente offre plusieurs points intéressants à étudier.

Et d'abord, le mode de production de la lésion. Disons tout de suite que, vu l'historique du cas, il n'y a pas lieu de penser à une luxation congénitale qui aurait passé iuaperçue. — Vidal de Cassis cite, en effet, une jeune fille de huit ans, qui portait une luxation sterno-claviculaire qui datait de la vie intra-utérine.

Ici l'ou est tout de suite porté à établir une relation entre l'état du rachis et du thorax et la luxation.

Tandis que dans le fait de Davic, le déplacement s'était produit par suite de la propulsion de l'omoplate en avant, son écartement de la ligne médiane postérieure du tronc, dans le cas présent, j'ai cru devoir opposer, au contraire, l'expliquer par le retrait de la cage thoracique, et cela avant que l'examen du malade sans vêtements et les mensurations soieut venus lui donner raison.

A l'état normal, l'arc osseux formé par la clavicule et l'omoplate, repose sur le thorax et prend sur cette charpente son point d'appui.

Si, par suite d'un retrait, ce point d'appui vient à lui faire défaut,

les muscles si puissants qui s'insèrent au scapulum en arrière, se contractent, tendent à appliquer cet os contre son soutien naturel. Le mouvement porte la tête de la clavicule en avant, et graduellement produit une semi-luxation qui bientôt devient complète.

La contraction musculaire a-t-elle été suffisante pour produire à elle seule le déplacement?

Je serais porté à le penser, car il ne faut pas une très-grande force pour amener les luxations sterno-claviculaires chez les jeunes sujets; puisque Boyer a vu la clavicule luxée chez une jeune personne dont on avait porté brusquement les épaules en arrière pour l'engager à se présenter avec plus de grâce, et chez une jeune fille, observée par M. Mélier, il aurait suffi d'une traction exercée sur le bras (1).

Ce qui prouverait la part réelle du thorax, c'est que la réduction se fait par la seule élévation du bras, et cela parce que c'est dans ce mouvement que l'épaule s'écarte davantage de l'axe du tronc, et que dans cette unique position la clavicule a assez d'espace pour reprendre ses rapports primitifs.

L'attitude que le malade prenait dans son lit a pu aussi concourir à pousser la tête de la clavicule hors de sa cavité de réception; cela est d'autant plus acceptable que l'enfant s'appuyait, sans aucun doute, plus souvent sur le coude de ce côté, réservant sa main droite pour l'usage et le langage mimique.

Quoi qu'il en soit du rôle relatif de la contraction musculaire, ou de l'attitude, cette luxation graduelle et l'étude de son mécanisme viennent corroborer l'opinion de Morel-Lavallée. Ce regretté chirurgien, dans un essai sur les luxations de la clavicule, publié dans les *Annales de la chirurgie* (Paris, 1843, t. IX, p. 145, 258 et suiv.), a proposé, en opposition avec Boyer, une explication théorique du mécanisme des luxations de l'extrémité sternale en avant.

Suivant Boyer, en effet, la rencontre de la clavicule avec la première côte pendant l'action vulnérante, favoriserait singulièrement la production du déplacement en plaçant, au milieu de la clavicule, un point d'appui qui la transforme en un levier du premier genre.

Morel-Lavallée combat ce point de doctrine, et doute que ce jeu de levier produise cet effet; son rôle ne pourrait être que le suivant. Tout à l'heure la clavicule tournait sur sa tête, la résistance costale transporterait le centre du mouvement à son milieu, il s'ensuivrait que l'extrémité interne serait obligée de faire autant de chemin en

(1) *Œuvres chirurgicales* de A. Cooper. — Note du traducteur, p. 78.

avant que l'externe en arrière, sans que pour cela la luxation soit facilitée, puisque le point d'appui est au milieu, les deux bras du levier sont égaux, et la puissance ne saurait être augmentée.

Le mécanisme suivant est proposé par Morel-Lavallée : pour lui, la clavicule est toujours un levier du premier genre, mais le point d'appui se trouve être la partie postérieure de la facette du sternum ; la résistance réside aux ligaments antérieurs, et la puissance, dont le bras aurait la longueur de l'os, serait à l'extrémité scapulaire. La tête claviculaire, en s'inclinant, déchire ou allonge le ligament antérieur, puis, obéissant à la violence extérieure et à l'action énergique des muscles qui du tronc convergent à l'épaule, elle s'échappe en avant.

Ainsi, loin de favoriser la luxation, comme le croyait Boyer, la rencontre de la première côte serait plutôt un obstacle à sa production, puisque, en déplaçant le point d'appui, elle raccourcit énormément le bras de la puissance, et le levier ne représenterait plus que le diamètre d'une poulie de renvoi.

Dans l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer, ce n'est plus par une vue théorique que la preuve de ce fait est donnée.

Le retrait du thorax et, conséquemment, l'éloignement de la première côte de la clavicule viennent établir nettement que la clavicule, pour se luxer à son extrémité sternale, n'a pas besoin de la rencontre de la première côte.

Il s'ensuit que le mécanisme proposé par Morel-Lavallée, trouve ici pratiquement sa véritable démonstration.

Le mémoire de M. le docteur Cazin est adressé au comité de publication.

COMMUNICATION

M. PANAS. Dans la dernière séance a été agitée, à propos du travail de M. Faucon, la question des kystes dermoïdes, médians et latéraux. Bien que les kystes médians soient rares, j'en ai pourtant observé quelques-uns. Un de ces kystes appartenait à un jeune docteur de Vienne et se trouvait placé sur la ligne médiane entre les deux sourcils. Il était mollasse, fluctuant et avait à peu près le volume d'une noix. Le malade avait déjà consulté à Vienne, à Berlin, à Heidelberg, et partout les avis s'étaient partagés entre un kyste dermoïde et un encéphalocèle, on allait même jusqu'à diagnostiquer dans la tumeur l'extrémité antérieure d'un des lobes antérieurs du

cerveau. Il vint à Paris, consulta Velpeau, qui diagnostiqua un kyste dermoïde ; il vit ensuite Nélaton, qui fut plus réservé. Plongé dans une grande perplexité par cette divergence d'opinions, il vint me demander mon avis. Je lui dis, après un examen minutieux, que je croyais à un kyste dermoïde, mais qu'en considération des hésitations auxquelles cette tumeur avait donné lieu, je conseillais une exploration faite à l'aide de l'aiguille creuse. Cet examen me confirma très-nettement par l'issue de la matière sébacée, l'exactitude du diagnostic porté, et j'énucléai le kyste contenant et contenu. Ce kyste adhérait au périoste, avait déprimé le frontal, et contenait dans son intérieur des poils blonds, alors que les cheveux du malade étaient noirs. Ce fait m'a paru intéressant à citer, tant au point de vue du siége que relativement à l'encéphalocèle qu'il pouvait jusqu'à un certain point simuler.

La deuxième observation communiquée par M. Panas est prise sur un malade des hôpitaux.

Kyste dermoïde de la région hyoïdienne. — Un jeune garçon de vingt ans vient à la consultation pour se faire enlever une tumeur qu'il présente à la face antérieure du cou, et sur laquelle il donne les renseignements suivants :

Il affirme qu'elle ne s'est produite que depuis deux mois et que jamais personne ne l'avait remarqué auparavant. Elle ne lui cause, du reste, aucune douleur, à peine un peu de gêne dans les mouvements de la région.

C'est parce qu'il a remarqué qu'elle grossissait un peu dans ces derniers temps qu'il veut la faire enlever. La tumeur est à peu près du volume d'un œuf de pigeon; elle siége exactement sur la ligne médiane, au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne et occupe précisément le point où se développent les kystes de cette membrane; elle suit les mouvements d'élévation du larynx dans les efforts de déglutition et adhère par conséquent aux parties profondes. On remarque seulement cette particularité que la base se circonscrit d'une façon assez nette avec les doigts, ce qu'on n'observe pas de la même manière dans les kystes thyro-hyoïdiens. La tumeur est indolente, et non adhérente à la peau.

La ponction est faite avec un trocart d'abord, et le liquide sortant à peine, une petite incision est faite avec le bistouri. Il sort un peu de liquide séreux mélangé de matière sébacée, et bientôt après on extrait, avec des pinces, une certaine quantité de cheveux assez longs et

de couleur blonde, ce qui contraste avec la couleur actuelle des cheveux du malade qui sont châtain foncé. La membrane du kyste est fort adhérente aux parties voisines, surtout à l'os hyoïde, et l'on ne peut en enlever que quelques lambeaux avec les pinces.

L'incision est maintenue ouverte pendant quelque temps, puis se ferme au bout de quiuze jours environ. Mais la tumeur se remplit de nouveau, et l'on est obligé de rouvrir la plaie recouverte par une croûte pour en faire sortir le liquide constitué surtout par du sang altéré. On y fait alors des injections de teinture d'iode, et malgré cela, près de trois mois après, l'affection n'est pas guérie, et la plaie menace de devenir fistuleuse.

DISCUSSION

M. BLOT. Je citerai un fait analogue, j'ai assisté au développement, à l'inflammation et à l'ouverture d'un kyste susombilical dont un jeune homme de dix-sept ans était porteur. J'ai également constaté l'issue de ce mastic sébacé que l'on trouve en pareil cas et de poils blonds caractéristiques. La guérisou fut longue à obtenir; mais le résultat fut définitif en raison même de l'inflammation des parois du kyste.

M. PAULET. Je ne crois pas que les kystes dermoïdes soient aussi rares qu'on l'a dit sur la ligne médiane. J'en ai enlevé un tout dernièrement encore, et les exemples analogues doiveut être assez fréquents.

M. LARREY. J'appuie l'appréciation de M. Paulet. Je retrouve en effet, dans les *Bulletins* de 1853, une observation d'un fait communiqué par moi sous le titre de : *Kyste canaliculé du cou*. Ce kyste s'était développé sur la ligne médiane, sous l'influeuce de la pression et du frottement exercés par le col militaire. Je me souviens que divers moyens furent mis en usage pour le traitement du kyste, tels que les injectious, les cautérisations, etc., et cela sans succès, car le malade sortit avec une fistule.

LECTURE

M. CHAUVEL lit, au nom de M. le docteur Richelot, le mémoire suivant :

Tétanos traumatique sans plaie, traité par le chloral ; guérison. — OBS. I. — Le nommé C..., quarante-six ans, journa-

lier, entre à l'hôpital Lariboisière, le 19 juillet 1870, dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Augustin, numéro 29.

Le 17 juillet, en portant une poutre sur ses épaules, il tomba et fit un violent effort pour se retenir. Il put à peine marcher après l'accident, et, le soir du même jour, il sentit des douleurs vives dans les cuisses et dans les aines, avec des accès de roideur convulsive dans tout le membre inférieur. Le trismus se déclara le 19 juillet au matin, c'est-à-dire trente-six heures environ après le début des spasmes dans les deux jambes.

Au moment de son entrée, on constate les faits suivants : trismus permettant à peine un écartement de 5 millimètres, rire sardonique, douleur vive au niveau des masséters, respiration et déglution libres, bonne humeur, membres supérieurs indemnes. Les accès de spasmes toniques dans les membres inférieurs avec douleur vive dans tout le membre et surtout dans la région inguinale, reviennent toutes les cinq ou six minutes, et durent au moins deux minutes, souvent davantage. Le moindre attouchement les détermine. Les muscles de l'abdomen sont contracturés, mais moins que les adducteurs et le triceps. Une sueur abondante couvre la face. Lorsqu'on examine les membres inférieurs, on n'y trouve aucune trace de violence, aucune ecchymose, mais la pression des masses musculaires est douloureuse.

20 juillet. — Ouate et édredon. Potion avec 6 grammes de chloral. On donne un quart de la potion à onze heures ; un autre quart à midi. Alors le malade se sent mieux et dit qu'il ouvre mieux la bouche. Troisième quart à midi et demi ; à une heure, le malade s'endort profondément. Sommeil calme jusqu'à quatre heures, pendant lequel on observe de loin en loin quelques spasmes légers. A quatre heures il se réveille, prend un potage et un œuf et se rendort avec la fin de la potion. Une nouvelle dose de six grammes est prescrite pendant la nuit ; de temps en temps on réveille le malade pour la lui faire prendre ; elle est achevée à trois heures du matin. Le sommeil dure toute la nuit sans souffrances.

21 juillet. — Le malade est dans une somnolence profonde ; il faut le secouer violemment pour attirer son attention et obtenir une réponse. On le découvre et on le touche sans déterminer de spasmes. Les mâchoires s'écartent beaucoup mieux que hier. Le membre inférieur droit paraît complétement relâché ; la jambe gauche et les muscles abdominaux offrent encore un peu de contracture. On le laisse dormir, en recommandant de lui donner du bouillon froid, de l'eau rougie, du potage à chaque réveil. Une potion de 6 grammes est en-

core prescrite ; elle sera donnée en plusieurs fois jusqu'à la visite du soir, puis renouvelée pour la nuit.

22 juillet. — Le malade est tranquille , de bonne humeur , et répond bien aux questions ; il vient de se réveiller, après avoir dormi toute la nuit ; il n'a ni douleur ni spasmes , les jambes sont dans le relâchement, les mâchoires s'écartent relativement bien; les muscles abdominaux sont encore assez durs. Hier, dans la soirée, il avait un peu d'agitation ; comme il est soupçonné d'alcoolisme, on se demande si au tétanos ne se mêlerait pas un peu de *delirium tremens*, et si le chloral ne remplirait pas ainsi une double indication.

Dans la soirée, le malade est calme, mais il ne dort pas ; le trismus a augmenté. Le 23 au matin, même état, pas de sommeil ; les mâchoires ne s'écartent que de 3 ou 4 millimètres. Informations prises, on apprend que la potion n'a pas été administrée dans la journée d'hier, et que le malade en a pris très-peu dans la nuit. On recommande la plus grande régularité dans l'administration du médicament.

Les jours suivants, le malade est maintenu dans une somnolence presque continuelle, à l'aide de doses de chloral qui ne dépassent pas 8 grammes dans les vingt-quatre heures. La température, qui, du 20 au 23, avait oscillé entre 37°5 et 38°4, ne dépasse plus 37°5. Dès le 28 juillet, le trismus est très-peu prononcé. A trois reprises seulement, pendant cette période, quelques spasmes douloureux, mais de courte durée, se sont fait sentir dans les membres inférieurs. La constipation habituelle a été combattue par les lavements et l'huile de croton.

Toutes les fois qu'il ne dort pas, le malade est gai, mais de la gaieté des alcooliques, dont il a bien le *facies*. Il veut se promener dans le jardin ; on le lève, en effet, on l'aide à marcher à partir du 28. Le 29, on supprime le chloral. Le 30, on lui donne un peu plus de vin et du laudanum ; ce nouveau traitement le rendort et calme absolument le léger degré d'agitation qu'il présentait encore. Du 1er au 10 août, le trismus, dernier symptôme du tétanos, disparaît peu à peu, et le malade quitte l'hôpital le 11 (1).

Obs. II. — Le nommé Edmond C..., trente-six ans, journalier,

---

(1) Il a déjà été parlé de cette observation dans la thèse de M. Soubise (Paris, 1870, p. 70); mais elle est incomplète et présente quelques inexactitudes de dates.

entre à l'hôpital Lariboisière le 1er avril 1871, dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis, numéro 21.

Il porte, sur la région pariétale gauche, une plaie de 7 à 8 centimètres de long, superficielle et sans décollement. La blessure remonte au 17 mars. Le 27, se fit sentir un commencement de roideur dans la mâchoire, et presque en même temps dans les jambes ; mais aucune douleur cervicale, aucune gêne dans la déglutition ni dans la respiration.

Le malade se présente à la consultation, marchant très-difficilement, les jambes roides, et souffrant de la région lombaire. Les mâchoires sont étroitement serrées, aucun écartement n'est possible ; la face offre l'expression du rire sardonique, la tête est légèrement renversée en arrière. La plaie du cuir chevelu est presque entièrement cicatrisée.

Lorsque le malade est couché, on constate les faits suivants : rigidité absolue des masséters, spasmes dans les jambes, peu douloureux, mais fréquents ; contracture assez forte des muscles abdominaux sans douleur notable. Opisthotonos léger. Membre supérieur indemne, respiration et déglutition libres.

A deux heures de l'après-midi, on entoure de ouate les bras et la poitrine, on couvre le lit d'un édredon, et l'on prescrit une potion avec 6 grammes de chloral.

A six heures du soir, 3 grammes environ ont été ingérés. Le malade est assoupi sans dormir profondément et a pris du bouillon avec appétit, à plusieurs reprises. La contracture des masséters et des muscles abdominaux n'a pas changé, mais il affirme que les spasmes des jambes ont cessé complétement.

2 avril. — La nuit a été bonne ; les jambes sont relâchées ; au dire du malade, la contracture des muscles de l'abdomeu diminue par intervalles. On prescrit 10 grammes de chloral.

La somnolence continue toute la journée, mais le sommeil n'est pas absolu. L'appétit est conservé, le bouillon est pris avec plaisir. Les mâchoires s'écartent un peu plus. La nuit suivante se passe dans un profond sommeil.

3 avril. — Aucun changement. — La potion est maintenue à 10 grammes.

4 avril. — La contracture des masséters a légèrement diminué, car un potage au tapioca peut passer, quoique avec peine. Les mouvements de la tête sont un peu plus libres.

Les jours suivants, la potion est portée à 12 puis à 15 grammes. Le sommeil devient plus profond et plus continu. Le malade reste

endormi généralement depuis la visite du matiu jusqu'à celle du soir, et se réveille entre quatre et cinq heures pour prendre du potage. La nuit est toujours bonne. Les spasmes des jambes ne reviennent pas, mais le ventre est aussi dur; la mâchoire se relâche par intervalles, puis se resserre au moindre contact. La température, prise régulièrement depuis le 5 avril, reste comprise entre 36°5 et 37°.

Du 9 au 13, la température ne monte pas, mais la contracture augmente. Le cou est plus roide, les spasmes se réveillent de temps à autre dans les jambes ; la nuit est agitée, le malade tombe de son lit en voulant se lever. Il dort encore dans l'après-midi, sauf le 12 et le 13, où les douleurs dans le ventre empêchent complétement le sommeil. La contracture des muscles abdominaux est devenue plus forte que pendant les premiers jours. La constipation opiniâtre est combattue par les lavements et l'huile de croton. Cependant le bouillon et les potages sont pris avec plaisir.

Apprenant que la potion n'a pas été donnée très-régulièrement depuis quelques jours, M. Verneuil recommande d'administrer intégralement les 15 grammes dans les vingt-quatre heures.

Du 14 au 17 avril, les douleurs se calment; le malade est plongé, sous l'influence du chloral, dans un véritable abrutissement. Il est comme ivre, endormi ou agité, et répond à peine aux questions. *Subdelirium* toute la nuit. Pendant ce temps, le ventre est beaucoup plus souple et les mâchoires s'écartent beaucoup mieux que les jours précédents.

M. Verneuil diminue progressivement la dose de chloral, qui tombe de 15 à 12, puis à 8, puis à 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Le calme revient peu à peu ; le 20 avril, toute agitation a disparu ; la contracture est faible, les mâchoires continuent à s'écarter beaucoup mieux, sauf dans quelques accès assez éloignés. L'intelligence est toujours très-obtuse, et la somnolence habituelle.

L'appétit, qui n'a jamais cessé complétement, est devenu très-vif. Le 22, le malade mange du pain pour la première fois.

Le 23, après être resté levé toute la journée, il est pris d'un nouvel accès qui le force à rester au lit les deux jours suivants. La température qui, jusque-là, n'avait pas une seule fois dépassé 37°, monte subitement à 38° et 39°, puis revient à 37°2, 37°, 36°6 à partir du 26 avril.

Le 30, tout est rentré dans l'ordre, et la guérison se complète dans la semaine suivante. Le malade quitte l'hôpital le 8 mai.

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de : MM. Forget, Dubrueil, Ledentu.

RAPPORT

M. VERNEUIL. Messieurs, chargé d'un rapport sur deux observations, prises dans mon service, par un de nos jeunes confrères, M. Gustave Richelot, relatives au traitement du tétanos par le chloral, je tiens à présenter à la société les réflexions que j'ai faites sur le sujet, et notamment sur le meilleur mode d'administration du médicament. Tout en conveuant que, dans le traitement du tétanos, le chloral compte des succès, mais aussi des revers, je crois, et ceci m'a été confirmé par une conservation que j'eus à ce sujet avec M. Vulpian, que c'est encore par le chloral qu'on a obtenu le plus de succès. Pour ma part, je ne puis oublier que je lui dois cinq guérisons, alors qu'avant de l'employer, il ne m'avait jamais été donné de voir guérir un tétanique. Aussi ma prédilection pour cette méthode est-elle suffisamment justifiée. Pour rappeler brièvement les faits cités par M. Richelot, nous trouvons dans la première observation le cas d'un charpentier qui, entré à l'hôpital le 19 juillet, avait le 17, deux jours auparavant, ressenti une douleur vive dans la cuisse en soulevant une pièce de bois et avait dû cesser son travail par suite de la roideur que conservait sa jambe. Le 19, roideur plus considérable et trismus des plus marqués permettant à peine 5 millimètres d'écartement entre les mâchoires. Les autres signes confirmant le diagnostic du tétanos, sont relatés tout au long dans l'observation. Le traitement est aussitôt institué et consiste dans l'application d'édredons de ouate et dans l'administration de 6 grammes de chloral en plusieurs doses. Vers midi et demi, après l'ingestion de 4 grammes du médicament, la prostration survient. A quatre heures le malade se réveille, on lui administre le reste de la potion. Les jours suivants le malade prend une moyenne de 6 grammes par vingt-quatre heures. Un seul jour on se ralentit, et le trismus reprend dans certaines proportions. Le 28 juillet, le malade n'a plus que quelques spasmes. Du 1er au 10 août, on peut considérer le malade comme guéri. — Il sort de l'hôpital le 11.

La seconde observation a trait à un véritable tétanos traumatique. Il s'agit en effet d'un homme de trente-six ans qui, à la suite d'une plaie de tête de 7 à 8 centimètres avec décollement, presque cicatrisée, présente tout à coup le dixième jour de la blessure du trismus, une roideur considérable de la nuque, des membres, en un mot tous

les signes caractéristiques du tétanos. Ce malade est placé dans une athmosphère d'une chaleur constante et soumis à l'ingestion du chloral, à la dose de 10 grammes en moyenne par jour. Considérant que les bains sont presque fatalement suivis d'une certaine réfrigération, je m'en abstiens complétement. Le traitement dure un mois, et au bout de ce temps la guérison est complète.

J'entrevois les objections qui me seront faites. Le premier de vos malades, me dira-t-on, n'était pas un tétanique. A moins de modifier absolument la nomenclature usitée, je ne vois pas trop quelle étiquette il faudrait mettre sur une maladie qui, à la suite d'un effort violent, se caractérise par un trismus, une sueur profuse, un rire sardonique, etc., et encore, dans ce cas, n'est-il pas possible de se rejeter sur le tétanos spontané, puisque l'effort violent a immédiatement précédé la roideur du membre inférieur. Votre second malade, pourra-t-on me dire, a bien eu le tétanos, mais un tétanos qui survient au bout de dix jours est un tétanos bénin, un tétanos à marche chronique.

Cette objection me touche peu, je l'avoue. Dans l'impossibilité de choisir mes malades, je les traite dès qu'ils se présentent à moi, et je suis très-heureux quand j'ai le bonheur de les guérir. J'en resterais donc là, si je ne tenais à présenter à la société quelques réflexions sur le mode d'administration du chloral. Ces réflexions seraient d'une utilité contestable si l'ingestion par la bouche réussissait toujours : malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; quelquefois la potion au chloral ne passe pas. Elle est rejetée par le malade. Quelquefois aussi après l'ingestion de 8, 10, 12 ou 15 grammes de chloral on n'a rien obtenu ; ou bien on ne provoque qu'une résolution passagère suivie d'un réveil rapide. En un mot, dans ce cas, les résultats de la médication sont faibles, passagers, ou même absolument nuls. (Car, pour le dire en passant, je n'ai pas publié que mes succès, et je n'ai pas guère guéri plus des deux cinquièmes des cas que j'ai traités.) Enfin les symptômes du tétanos sont parfois si rapides, si pressants, qu'il paraît dangereux d'attendre un résultat qui ne doit se produire qu'après cinq ou six heures. Je sais qu'en cas d'insuccès on est tenté d'accuser la préparation du chloral, témoin le fait cité par Liégeois de regrettable mémoire ; mais, outre que dans les hôpitaux nous avons toujours à notre disposition du chloral préparé d'une manière uniforme, je crois qu'il est beaucoup plus rationnel de s'en prendre, en présence des énormes différences d'action que l'on observe, au défaut d'absorption. Quoi qu'il en soit, le chloral ingéré n'agit pas : emploiera-t-on la voie rectale ? Elle est au moins

aussi infidèle que l'autre ; et ce moyen a de plus l'immense inconvénient de soulever, de remuer les malades, ce qui est pour moi désastreux.

J'arrive aux injections sous-cutanées. Je me rappelle que chez une malade sur laquelle nous avions échoué, M. Thaon et moi, par l'ingestion buccale et par la voie rectale, j'employai ce procédé. J'obtins, après l'injection de 1 gramme de chloral, un calme très-prompt mais passager. De plus, ce procédé est défectueux en ce sens que vous êtes contraint d'employer une solution très-chargée, et alors vous déterminez une irritation qui empêche l'absorption ou vous vous servez d'une solution très-diluée, et vous êtes amenés, de la sorte, à couvrir votre malade de piqûres pour faire absorber une certaine quantité de chloral.

On conçoit qu'en présence des insuccès qui ont suivi l'ingestion buccale, le lavement de chloral, l'injection sous-cutanée, on ait songé à l'introduction directe du médicament dans les voies vasculaires.

C'était logique ; aussi ai-je salué à son apparition cette méthode à laquelle, pour ma part, je n'avais point songé. L'auteur est, comme on le sait, M. Oré, de Bordeaux, c'est-à-dire un physiologiste, un expérimentateur et un chirurgien. Or M. Oré procédant du laboratoire à la clinique, assimilant les accidents du tétanos aux résultats de l'intoxication strychnique, en a tiré l'idée très-ingénieuse de l'application des injections veineuses de chloral pour les accidents du tétanos. Cette méthode est très-ingénieuse, je le répète, et je ne reproche à son auteur qu'une chose, c'est d'avoir voulu la substituer *toujours* aux autres moyens employés.

Il est évident, et je cite à l'appui l'opinion de M. Vulpian, que dans le laboratoire l'injection dans les veines constitue le moyen le plus sûr, et c'est grâce à ce moyen que l'on obtient ces sidérations subites qui ne laissent pas que de m'inspirer à moi, chirurgien, quelques craintes, quand on agit non plus au laboratoire mais à l'hôpital, quand c'est un homme que l'on a entre les mains et non plus un animal. Aussi n'est-ce qu'avec une extrême répugnance que j'injectais 10 à 12 grammes de chloral dans les veines d'un tétanique, surtout lorsque je sais que 2 à 4 grammes introduits dans l'estomac amèneront très-probablement la sédation.

Autre question. En dehors du chloral, il y a le *modus faciendi* de l'injection. Cette injection est-elle facile ? M. Oré l'affirme ; mais sa triple qualité de physiologiste, d'expérimentateur et de chirurgien aplanit bien des obstacles ; et M. Labbé, M. Cruveilhier qui cependant ont fait leurs preuves n'ont pas trouvé la chose aussi aisée à exécu-

ter. Or supposez qu'on ait affaire à un sujet très-gras; à moins qu'il ne soit démontré, ce qui n'est pas, que le tétanos puisse être jugulé par une injection veineuse de chloral à haute dose, vous voilà donc obligé pendant quelque trente jours, durée possible du traitement, de découvrir et de maintenir découverte une veine importante pour la ponctionner à loisir; car il ne faut pas perdre de vue qu'il faut, si l'on veut être sûr de réussir, et M. Vulpian confirme le fait, découvrir la veine dans une certaine étendue et non la ponctionner à travers la peau, ce qui exposerait à la transpercer d'outre en outre ou à passer à côté : mettez-vous à la place, en cette circonstance, du praticien qui n'a point l'habitude des opérations et jugez. Je me hâte cependant d'ajouter que certaines opérations, pour n'être pas accessibles à la majorité des médecins, sont cependant d'une efficacité incontestable; aussi déclaré-je qu'il serait même imprudent de décourager les essais tentés dans ce sens; je voudrais seulement que l'efficacité incontestable en fût démontrée.

Je procéderais donc dans le traitement du tétanos, du simple au compliqué; et je commencerais par l'ingestion buccale de 8, 12 gr. de chloral; et si au bout de douze heures je n'avais point de résultat, j'essayerais peut-être de l'injection veineuse; la proposer comme méthode unique, c'est aller beaucoup trop vite. Je propose à la société de publier les deux observations de M. Richelot en y joignant une observation de même ordre recueillie dans le service de M. Lasègue, et qui m'a été adressée tout dernièrement.

DISCUSSION

M. PANAS. M. Verneuil constatant que, chez certains malades, le chloral est inefficace, dit qu'il faut chercher le secret de cette inefficacité dans sa mauvaise qualité ou dans sa non-absorption. On pourrait se poser une troisième question. Le chloral n'est-il pas lui-même infidèle et variable suivant les individus? Pour tous les médicaments, et je citerai la quinine, la morphine, il y a de véritables idiosyncrasies. Aussi, en présence de cette inégalité d'action, doit-on être très-réservé relativement aux injections veineuses. alors surtout qu'il est avéré que des injections même d'eau pure ont leur danger et que des accidents tels que la phlébite, les embolies, etc., sont toujours à redouter. Il faudrait donc, pour le succès de cette méthode, démontrer : 1° que l'action du chloral injecté dans les veines est constante; 2° que l'injection veineuse est sans danger. On m'objectera peut-être que si l'on ne fait point d'essais,

on n'acquerra jamais cette double certitude. Je n'admets point cette objection, et j'estime qu'il est au moins imprudent d'expérimenter sur ses semblables une méthode dont les effets peuvent être funestes.

M. LARREY. M. Panas a singulièrement simplifié ce que je voulais dire relativement aux injections veineuses. Appelé d'ailleurs dans une autre enceinte à donner mon avis sur la méthode de M. Oré, je me trouve obligé à la plus grande discrétion.

Je me contenterai de faire remarquer que la sudation a peut-être, dans le traitement du tétanos, une plus grande part que celle qui lui a été faite par M. Verneuil. Cette méthode déjà très-ancienne (et je me rappelle à ce sujet les bains d'étuves, les immersions dans le fumier que cite Paré) a été souvent employée, et je la crois très-recommandable surtout si on l'associe aux autres moyens. On pourrait du reste chercher dans cette voie des sudorifiques à effet puissant et rapide; et M. Gubler, je crois, a tout récemment fait mention d'un remède, le *jaborandi*, qui remplirait peut-être parfaitement les conditions voulues surtout si on l'associait aux antiphlogistiques, aux opiacés au chloral peut-être ?

M. DESPRÈS. Je n'ajouterai à tous ces moyens qu'un seul agent : l'effort de la nature. On a en effet guéri des tétanos bénins en faisant boire purement et simplement de l'eau chaude.

M. CRUVELHIER. Bien que je n'aie fait, du chloral en injection veineuse, qu'une expérience suivie d'un résultat négatif puisque le malade a succombé, je répondrai à M. Verneuil qui ne voudrait employer les injections de chloral dans les veines qu'à la condition d'être sûr de leur supériorité : aucun moyen connu, si ce n'est celui-là ne plonge un tétanique dans un sommeil profond en deux ou trois minutes. M. Panas voudrait que l'innocuité du procédé lui fût démontrée ; mais elle existe cette innocuité, à la condition d'employer un liquide suffisamment dilué ; c'est ainsi que le liquide de M. Vulpian, cinq fois moins chargé que celui de M. Oré, ne peut donner lieu à aucun accident. Je crois donc à la grande importance de la méthode, quand l'ingestion buccale n'est pas possible et surtout dans les cas très fréquents où toute perte de temps peut être fatale.

M. FORGET. M. Cruveilhier vient de nous dire qu'il n'y a point de danger à injecter dans les veines une solution de chloral. Je voudrais savoir combien de fois cette injection a été faite. Lorsque M. Oré nous exposa sa méthode, ce côté de la question ne laissa pas que de m'inspirer de vives inquiétudes, et ces inquiétudes ne sont point dissipées par la communication de M. Verneuil. L'auteur de cette

méthode est-il donc arrivé à l'adopter après avoir constaté que tous les autres moyens rappelés il y a un instant par M. Larrey étaient absolument dépourvus de valeur ? Est-il donc vrai que tous ces moyens qui ont eu leur vogue sont absolument primés par ce procédé né dans un laboratoire? Pour ma part, je trouve que M. Verneuil a considérablement adouci les reproches que mérite la méthode de l'injection du chloral dans les veines, et je suis loin de partager la quiétude de M. Cruveilhier au sujet de son innocuité. Comme M. Panas, je crois que l'on ne connaît pas les incertitudes et les surprises d'un pareil médicament.

Disons-le d'ailleurs, le bilan du chloral n'est pas assez beau pour faire condamner sans appel tout ce qui l'a précédé!

Aussi pour assurer l'avenir serait-il indispensable de faire un examen critique du passé. Un mot encore; j'aurais voulu que, dans les observations citées par M. Verneuil, le point de départ des cas très-graves de tétanos fût nettement indiqué, et j'aurais désiré qu'il fût mentionné combien le chloral compte de succès dans ces cas à marche rapide, à gravité exceptionnelle.

M. VERNEUIL. Ma réplique sera très-brève. Je répondrai à M. Larrey que la chaleur a pour moi, dans le traitement du tétanos, une importance capitale, si bien que j'entoure les malades de ouate, d'édredons, etc., et que je supprime les bains dans la crainte du refroidissement qui les suit. Je répondrai à nos autres collègues que, sans vouloir accuser les anciennes méthodes de traitement, je les ai constamment vues échouer, et que le chloral m'a donné cinq guérisons, ce qui est un chiffre; j'ai du reste ma statistique publiée dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Soubise, en 1870. M. Forget me demande un succès du chloral dans un cas devant se terminer rapidement par la mort. J'avoue ne pouvoir lui en offrir. On m'a parfois apporté des malades ayant 39 degrés de température, ils ont rapidement succombé. Quant à ma réserve relative à la méthode des injections veineuses, je ne me la reproche pas plus que l'indulgence dont on m'a accusé, et je règlerais à l'occasion ma conduite comme il suit : considérant que, d'une part, l'action du chloral est la même sur l'homme et sur l'animal; que, d'autre part, un malade qui ne s'endort pas avec 10 grammes de chloral dans l'estomac est un homme mort, j'injecterais dans ce cas, mais dans ce cas seulement, le chloral dans les veines.

La séance est levée à cinq heures trente-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 6 MAI 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Le Bulletin de la société de médecine légale, 1er fasc., t. III; *De l'influence de l'altitude*, par le docteur Blandet.

MM. KRISHABER et CH. PÉRIER et TH. ANGER prient la société de les comprendre au nombre des candidats au titre de membre titulaire.

M. DARIN adresse un travail imprimé intitulé : *Recherches en otologie*. (Commission : MM. Dubrueil, Lannelongue, Duplay).

M. LARREY offre à la société une collection de thèses de chirurgie.

COMMUNICATIONS

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une communication de M. Spillmann, membre correspondant :

Resection du genou de cause traumatique. — Une courte discussion s'est engagée dernièrement, à la Société de chirurgie, au sujet de la resection du genou de cause traumatique.

Plusieurs membres de la société, M. Desprès surtout, se sont montrés peu favorables à cette opération, se fondant sur ce qu'elle donne des résultats moins heureux que l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Ces conclusions me semblent inattaquables, mais seulement en ce qui concerne la chirurgie d'armée :

Dès 1867, m'appuyant sur les idées émises par MM. Legouest et Larrey, devant la Société de chirurgie (séances des 4 et 11 mai 1864), m'appuyant surtout sur les résultats acquis pendant les guerres des duchés et de la sécession, j'écrivais dans les *Archives générales de médecine* (numéro de juin 1867) : « Toutes les illusions doivent tomber devant une pareille expérience, la resection du genou ne

peut s'appliquer à la chirurgie d'armée, si ce n'est dans des conditions très-exceptionnelles. »

Dans le même mémoire, j'ai eu soin d'ajouter que cette proscription ne devait s'étendre qu'à la chirurgie d'armée.

En effet, ce n'est pas l'opération cn elle-même qui est mauvaise; ce sont les circonstances au milieu desquelles se trouvent placés les blessés, ce sont la gravité et l'étendue des dégâts qui la rendent presque fatalement mortelle.

Lorsqu'un lourd projectile, comme celui que lancent les armes actuelles, atteint le fémur ou le tibia, très-souvent il les brise en plusieurs morceaux, très-souvent des félures s'étendent au loin sur la diaphyse, et ces félures sont loin d'être faciles à reconnaître dans l'exploration qui précède l'opération, lors même que les os ont été mis à nu par l'incision des parties molles ; il résulte de là qu'en pratiquant la resection, le chirurgien est exposé à ne pas enlever toutes les parties lésées.

Dans tous les cas, indépendamment de ces félures, un os résistant comme le fémur ressent, lorsqu'il est frappé par un lourd projectile, un ébranlement considérable qui, se communiquant de proche en proche, détermine tous les effets d'une contusion interne qui doit singulièrement favoriser la production d'une ostéomyélite aiguë, affection dont les symptômes out de nombreux points de ressemblance avec ceux de l'infection purulente.

Mais, quand les conditious générales de la vie des camps n'existent plus, quand des causes traumatiques plus légères, telles que des plombs, des balles de petit calibre, des corps contondants ordinaires, des instruments tranchants ou piquants ont provoqué une arthrite, suivie d'accidents exigeant impérieusement une opération, la resection, croyons-nous, peut être avantageusement substituée à l'amputation.

Les observations de resection du genou, faites dans ces dernières circonstances, appuyent cette manière de voir, ainsi que je l'ai fait remarquer dans les *Archives générales de médecine;* pratiquée treize fois par divers chirurgiens, entre autres par M. Verneuil, cette opération n'a causé que trois fois la mort. De plus, ces observations permettent de supposer que la resection opérée en période inflammatoire, c'est-à-dire à une époque où l'amputation est presque fatalement suivie de mort, présente de grandes chances relatives de succès.

Je résumerai cette longue lettre par les trois propositions suivantes:

1° La resection du genou, en chirurgie d'armée, donne des résultats déplorables ;

2° La résection du genou, opposée aux traumatismes plus légers, que l'on rencontre habituellemeut dans la vie civile, est une excellente opération;

3° Opposée à cette dernière classe de traumatismes, la resection médiate offre de nombreuses chances de succès, tandis que l'amputation médiate est presque toujours snivie de mort.

Je vous ferai remarquer, en terminant, que cette dernière conclusion, surtout si elle était confirmée par des faits plus nombreux, aurait une importance des plus considérables. Elle permettrait, en effet, une certaine temporisation dans ces cas douteux, si fréquents en pratique, où le chirurgien hésite entre l'amputation et la conservation.

DISCUSSION

M. LE FORT. Je ne puis accepter les conclusions de M. Spillmann. Il m'est en effet impossible d'admettre en principe qu'on ne puisse pratiquer certaines opérations parce que les circonstances ne peuvent concorder avec certains moyens thérapeutiques. Il faudrait au moins spécifier très-exactement de quelle nature sont ces *impedimenta.*

M. LARREY. C'est précisément sur quoi M. Spillmann établit les bases de ses indications et contre-indications. Il surgit en effet, à la guerre, une foule d'incidents absolument inattendus, qui rendent impossible l'application de telle ou telle méthode très-praticable dans les conditions normales.

M. PERRIN. L'opinion de M. Spillmann est fondée, non-seulement sur le système établi dans l'armée française, mais encore sur celui de l'armée allemande, et sur les statistiques des différentes guerres européennes; elle repose du reste bien moins sur les conditions intrinsèques de la guerre que sur la gravité même des blessures nécessitant la resection.

M. VERNEUIL. Il serait cependant bon de s'entendre au sujet du mot: chirurgie de guerre. Le siége de Paris peut être, je crois, rangé dans la catégorie des faits de guerre; or j'ai pu, à cette époque, réséquer le genou d'un blessé qui avait reçu à l'Hay une balle dans cette articulation. Il me semble qu'en employant des appareils convenables, la ouate par exemple, on pourrait transporter les blessés et agir de même. Aussi, tout en admettant une partie des observations de M. Spillmann, ne pensé-je pas qu'il faille condamner absolument

la resection du genou pour blessures de guerre. C'est en un mot sur le mot chirurgie de guerre que porte mon objection.

M. LE FORT. Il ne faut pas oublier que Langenbeck a, dans un mémoire très-étendu, loué l'opération en question.

M. LARREY. Je ne puis m'empêcher de trouver fort sages les restrictions de M. Spillmann. Les conditions de la guerre sont, je le répète, si souvent défavorables, que la resection ne peut que bien difficilement être suivie de succès.

M. DESPRÈS. Il est quelque chose qui prime tout : c'est une statistique récente qui donne les résultats suivants :

Sur 69 resections partielles . . . . 5 guérisons. — 64 morts.
Sur 37 resections totales . . . . . 3 guérisons. — 34 morts.

Cette statistique, résumant les résultats d'opérations pratiquées par les plus habiles chirurgiens, démontre péremptoirement que la resection du genou est une mauvaise opération pour les blessures de guerre.

LECTURE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit l'observation suivante de M. Azéma, membre correspondant :

Anévrysme faux consécutif de l'artère pédieuse gauche, sans blessure de la peau; anomalie artérielle; ligature; guérison. — OBS. — M. J..., âgé de soixaute-dix ans, d'un appareil musculaire peu prononcé, ayant eu de fréquents érysipèles aux jambes, fit, dans les premiers jours d'avril 1852, un faux pas qui déjeta fortement son pied gauche en dehors. Neuf jours après cet accident, il se manifesta autour de l'articulation tibio-tarsienne un gonflement assez intense, une vive douleur s'y fit sentir. Le malade s'en inquiéta d'abord peu; mais le gonflement augmentant, la douleur persistaut, il réclama mes soins.

Outre le gonflement, j'observai sur le trajet de la pédieuse, immédiatement au-dessous du ligament dorsal du tarse, une tumeur de la grosseur d'une noisette, molle, élastique et offrant des pulsations isochrones à celles du pouls. Je fis appliquer des sangsues dans le voisinage des malléoles, des cataplasmes, et plus tard des compresses imbibées d'eau de Goulard. Trois jours après, le gonflement a disparu, mais la tumeur prend du développement. Application d'un bandage serré en huit de chiffres, arrosé d'eau de Goulard.

Vers la fin de juin, la tumeur a atteint le volume d'un œuf de

poule. Toute la jambe est en proie à du fourmillement et à des douleurs. Les mouvements de l'articulation sont rendus difficiles et douloureux. On entend dans la tumeur un bruit de souffle systolique des mieux caractérisés. La compression de la fémorale au pli inguinal fait disparaître les battements et le bruit.

Il ne me resta aucun doute sur le diagnostic : j'avais affaire à une tumeur anévrysmale. D'ailleurs elle s'accroît et devient pointue ; la peau s'amincit et prend une teinte violacée ; les douleurs augmentent au point d'empêcher le sommeil.

En présence d'une rupture imminente et malgré l'âge du malade, je me décidai à faire la ligature de la tibiale antérieure au-dessus du quart inférieur de la jambe. Assisté des docteurs Sainte-Colombe et Dauvin, je fis, le 10 juillet, une incision de 12 centimètres suivant le procédé ordinaire. Arrivés dans l'interstice musculaire qui sépare le jambier antérieur de l'extenseur propre du gros orteil, nous trouvons le nerf tibial, deux veines peu volumineuses et aucune trace d'artère.

Pensant alors qu'une anomalie artérielle pourrait exister, et que la pédieuse pourrait bien être fournie, comme on le voit quelquefois, par la péronière ou une de ses branches terminales, nous suivons, de bas en haut à partir de la tumeur, une artère que nous reconnaissons à ses pulsations ; parvenus à la partie moyenne du quart inférieur de la jambe et sur le milieu de l'espace compris entre le tibia et le péroné, nous exerçons la compression, et nous voyons les battements et le bruit disparaître dans la tumeur. Je fis alors, sur le quart inférieur de la jambe, une incision de 4 centimètres environ, parallèle à la direction du péroné et sur le milieu de l'espace compris entre les deux os ; une aponévrose assez résistante fut divisée ; l'artère isolée et liée.

Le 10 au soir. — L'opéré va bien : les pulsations et le bruit ont disparu dans la tumeur.

Le 11. — La chaleur du pied, qui avait diminué après la ligature, reparaît normalement. La douleur et le fourmillement ont disparu.

Le 13. — Des deux incisions, la supérieure commence à se réunir, l'inférieure dénote nn travail de suppuration. La tumeur a beaucoup diminué , elle se durcit et n'offre plus cette mollesse élastique que nous avions observée avant l'opération. Vers le soir, léger mouvement fébrile et céphalalgie.

Le 19. — L'incision supérieure est réunie dans ses deux tiers extrêmes ; au centre seulement il y a une notable suppuration. L'inférieure suppure faiblement.

Le 25. — La plaie supérieure est à peu près fermée.

Le 13 août. — La ligature tombe ; la plaie supérieure est fermée. — Fièvre, céphalalgie, vomissements, rachialgie, dus très-probablement à une invasion variolique, une épidémie de variole sévissant dans le moment à Saint-Denis, de la Réunion (1).

Le 15. — Varioloïde légère. — Les deux plaies sont fermées; la tumeur n'est plus constituée que par un noyau dur et très-petit.

Guérison.

Cette observation montre un cas d'anévrysme digne à plus d'un titre d'être noté. Il est remarquable : 1° par son siége. L'anévrysme de l'artère pédieuse a été rarement observé. Boyer, dans son immortel ouvrage, dit n'en connaître aucun exemple. Pelletan, Scarpa, Dupuytren ne l'ont jamais rencontré. Bérard (*Dictionnaire en* 30 *vol.*) n'en cite que deux cas: l'un de Guallani, l'autre de Champion; 2° par son mode de formation. Il n'y eut, en effet, aucune blessure à la peau. Un mouvement brusque, qui a porté l'extension de l'artère audelà de ses limites naturelles, a amené la rupture des tuniques moyenne et interne, la celluleuse seule a résisté à cause de sa plus grande extensibilité et a formé le sac anévrysmal; 3° par l'origine de la pédieuse, qui n'était pas fournie par la tibiale antérieure, mais bien par la perforante péronière (péronière antérieure de quelques anatomistes), une des branches terminales de la péronière et qui présentait dans ce cas un calibre égal à celui de la tibiale antérieure.

Trois ans après, j'ai revu M. J. H. jouissant d'une santé parfaite et supportant allégrement ses soixante-treize ans. En examinant le pied à l'endroit où siégeait la tumeur anévrysmale, il était impossible d'un retrouver aucune trace. Les deux incisions faites sur la jambe n'ont laissé qu'une cicatrice linéaire.

DISCUSSION

M. PAULET. Je demande à dire quelques mots relatifs à cette observation. Un fait anatomique m'a frappé. C'est le cas d'un chirurgien trouvant deux veines et point d'artère. C'est absolument exceptionnel. Quand il n'y a point d'artère, il n'y a point de veine non plus. Aussi demanderai-je à être édifié sur cette singulière anomalie.

---

(1) Épidémie dont j'ai donné la relation dans les *Archives générales de médecine*, numéros d'avril et suivants, 1863.

M. DESPRÈS. Je donnerai à cet égard le renseignement suivant. Un candidat au bureau central a trouvé, une fois, sous mes yeux, dans des circonstances analogues, une veine et point d'artère.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Notta (de Lisieux) assiste à la séance.

RAPPORT

M. LEDENTU lit le rapport suivant :

Sur deux cas de tétanos traumatique traités par le chloral. — Messieurs, dans la dernière séance, M. Verneuil, après vous avoir rappelé deux cas de tétanos traités par le chloral, dont M. Richelot avait fait le sujet d'une communication, vous annonçait qu'en outre de ces deux faits favorables à cette méthode, il en comptait dans sa pratique trois autres semblables dans lesquels la guérison pouvait et devait lui être attribuée.

Je suis appelé à mon tour, comme rapporteur, à vous parler des deux observations que M. Chauvel a lues tout récemment devant vous; et je profite de l'occasion pour vous faire part de deux essais du même moyen thérapeutique qui n'ont malheureusement pas été couronnés de succès, malgré les doses considérables auxquelles j'ai eu recours. Dans le procès qu'instruit en ce moment la société, j'interviens donc comme témoin à charge, les quatre cas dont j'ai à vous entretenir augmentant d'autant le passif du chloral envisagé comme antitétanique.

Ce n'est pas avec ces quatre cas que je prétends trancher la question. Elle est trop complexe pour être résolue sur le simple énoncé de quelques faits. La statistique bien comprise ne consiste pas en une aveugle compilation de chiffres. Elle exige un travail d'analyse attentive qui permette de ranger les faits par catégories, et de faire la part de toutes les circonstances qui les rapprochent ou les éloignent les uns des autres.

En ce qui concerne le tétanos, la distinction des formes de la maladie est d'une extrême importance. Il y avait là matière à une objection qui n'a pas manqué de se produire toutes les fois qu'un nouvel agent thérapeutique a paru donner de meilleurs résultats que ses devanciers et que vous avez déjà entendu formuler plusieurs fois contre le chloral, depuis qu'on cherche à en établir l'efficacité. Elle consiste à dire que le chloral, comme les sudorifiques, comme l'opium et tant d'autres moyens dont peu ont résisté aux épreuves ré-

pétées auxquelles on les a soumis, ne guérit que les formes bénignes, ce qui revient à dire qu'il ne guérit dans aucun cas et que les malades assez heureux pour se tirer d'affaire n'en sont redevables qu'aux seuls efforts de la nature.

Sans doute il y a des formes graves du tétanos contre lesquelles le chloral est impuissant comme tous les autres médicaments, l'examen l'a déjà prouvé. Sans doute aussi certains malades sont en quelque sorte voués à la guérison comme d'autres sont voués à la mort, quoi qu'on fasse pour les y soustraire.

Mais il y a dans le tétanos, comme dans toute maladie, des cas d'une gravité moyenne. Il y aussi un certain nombre de malades, faites-le aussi restreint que vous voudrez, qui, dans la répartition des chances en ont autant pour eux que contre eux. Une circonstance malheureuse les tue ; un hasard les sauve. Témoin les blessés d'Ambroise Paré. Le scepticisme le plus enraciné ne peut nier qu'une médication rationnelle ne puisse venir en aide aux forces naturelles. Aussi me paraît-il incontestable que certaines méthodes thérapeutiques méritent la place qu'elles occupent dans les traités classiques.

J'accorde cependant que le nombre des cas où l'influence de ces méthodes a pu se révéler est infiniment petit relativement à celui des malades morts du tétanos depuis l'époque où l'on a commencé à les appliquer.

Voilà pourquoi il y a tant d'incrédules à l'endroit de leur efficacité ; voilà pourquoi je pense qu'il est permis, sans faire grand tort aux malades, de les laisser de côté toutes les fois qu'il s'agit d'expérimenter un nouveau moyen déclaré supérieur.

Vous le voyez, je fais la part bien petite à la thérapeutique. Je la ferais encore plus petite s'il était absolument démontré que les conclusions désespérantes de M. Ernest Labbé reposent sur une analyse suffisamment rigoureuse de tous les faits que cet auteur a compulsés. Il est à remarquer que, d'après lui, le tétanos guérit plus souvent aujourd'hui qu'autrefois, ce qui implique ou bien que le génie de la maladie s'est modifié, ou bien, ce qui est plus probable, que l'influence de la thérapeutique difficile à établir dans l'étude de chaque groupe de faits, se dégage de leur ensemble, quelle que soit la méthode employée. La dernière phrase de l'auteur confirme cette manière de voir. « Il faut traiter les tétaniques et non le tétanos. » Ce qui signifie que la médecine des indications trouve ici, comme dans beaucoup de maladies, une application rationnelle.

Si l'on pouvait démontrer que le chloral guérit seulement un peu plus de malades que toutes les autres méthodes réunies, ne serait-ce

pas assez pour lui faire donner la préférence? M. Chauvel n'a pas été heureux dans ses deux essais. Une première fois il a donné du chloral à la dose de 6 grammes, puis de 12 et de 16 grammes, combiné avec le sulfate de morphine. Le blessé a succombé au bout de cinq jours de ce traitement : le tétanos avait duré environ huit jours. Une seconde fois, il s'agissait d'un tétanos survenu neuf jours après la blessure, la dose a été de 16 grammes dès le début, de 20 grammes le second jour. Le sulfate de morphine a été employé en même temps à la dose de 20 centigrammes. La mort est survenue au bout de quarante-huit heures.

Les deux faits qui me sont personnels présentent une certaine analogie avec ceux qui précèdent. Une première fois j'administrai 15 grammes de chloral en potion ; j'employai concurremment l'extrait thébaïque à la dose de 60 et 80 centigrammes par jour et les bains de vapeur quotidiens. Après une amélioration passagère la malade succomba au sixième jour.

Une seconde fois j'employai ce même traitement complexe ; la mort eut lieu au bout de trente-six heures.

M. Verneuil a été plus heureux. Cinq fois déjà il a vu guérir des malades soumis au chloral. Est-ce uniquement parce que le hasard a fait passer par ses mains cinq cas bénins, dont la guérison était assurée à l'avance, quel qu'eût été le traitement mis en pratique? Sans doute les heureux résultats sont en partie infirmés par les nombreux insuccès de M. Verneuil lui-même et de beaucoup d'autres chirurgiens ; mais je ne puis m'empêcher d'en tenir grand compte jusqu'à nouvel ordre, en basant sur ce que peut-être pas un seul des membres de cette société n'a vu guérir cinq tétaniques traités par les moyens ordinaires. Je crois donc qu'il serait hasardeux de condamner la méthode avant qu'on n'ait réuni un nombre de faits suffisant pour la juger.

L'observation de M. Oré a soulevé une question importante, celle du mode d'administration du médicament. Le relevé de tous les cas de guérison par le chloral a mis en évidence un fait important, c'est que la guérison n'est jamais obtenue que lentement, parfois même après plusieurs semaines de traitement. Les adversaires de la méthode en ont inféré que le chloral ne guérissait que les formes chroniques. On pourrait dire tout aussi bien que le chloral guérit en transformant les formes subaiguës en formes lentes, et que la curabilité ne s'obtient que de cette façon. Parmi les objections qui ont été opposées à la méthode des injections intraveineuses, une des plus valables selon moi est tirée de cette observation. Il pourrait arriver un

moment où le chirurgien ne trouverait plus une veine à piquer pour y faire l'injection. Cette raison jointe à plusieurs autres, telles que le danger des phlébites, des inflammations du tissu cellulaire, des gangrènes artérielles produites par l'action du chloral hors de la veine, doit faire donner la préférence à l'administration par la bouche ou le rectum, à condition toutefois que la déglutition soit encore possible et qu'une rémission bien marquée indique que le médicament est absorbé. Dans le cas contraire, je crois qu'il n'y aurait pas à hésiter; il faudrait recourir à l'injection veineuse, en se conformant aux règles qu'impose la prudence. Dans des circonstances aussi graves les risques encourus par le malade sont nuls, puisqu'il est fatalement voué à la mort. Les règles auxquelles je viens de faire allusion sont les suivantes :

1° Éviter les veines voisines des artères, parce que le chloral pourrait, en se répandant au dehors, mortifier la paroi artérielle, fait que M. Vulpian a vu plusieurs fois se produire sur des chiens ;

2° Dénuder les veines dans une aussi petite étendue que possible ;

3° Employer une solution au cinquième ;

4° N'injecter à la fois que 4 ou 5 grammes de chloral ;

5° Pousser l'injection très-lentement ;

6° La renouveler dès que les contractions tendent à se reproduire.

Tous les documents relatifs à la question pendante offrant de l'intérêt, la communication de M. Chauvel est pleine d'à-propos. Il est à regretter qu'elle ne soit pas plus explicite au point de vue de la date du début des accidents, au moins dans la première observation, et de la thermométrie. Les mêmes reproches peuvent être faits, je dois le reconnaître, aux deux faits que j'y ai joints. Néanmoins je vous propose de publier *in extenso*, dans vos Bulletins, les deux observations de M. Chauvel.

DISCUSSION

M. LÉON LE FORT. Il faut, dit-on, se servir des médicaments pendant qu'ils guérissent. J'ai bien peur qu'il n'en soit ainsi du chloral appliqué au traitement du tétanos, et je ne saurais partager l'enthousiasme de M. Verneuil pour ce médicament. Je suis loin de nier son utilité, je le crois un des meilleurs narcotiques que possède la pharmacopée, mais de là à croire, avec notre collègue, que nous avons trouvé enfin le remède du tétanos, il y a un pas mmense que je me refuse à franchir. M. Verneuil a vu guérir cinq tétaniques pendant qu'il les traitait par le chloral; c'est là un fait heureux, une série de succès exceptionnelle; mais, pour ma part,

je n'attribue guère au chloral l'honneur de la guérison, et je ne tire pas de ces faits cette conclusion que le chloral est le contre-poison du tétanos.

Je n'ai pas besoin de rappeler qu'il y a des différences immenses, surtout au point de vue du pronostic, entre les différentes formes du tétanos. Le tétanos à forme grave dès le début, ou s'accroissant avec une grande rapidité, le tétanos aigu ou suraigu a toujours été mortel quoi qu'on ait fait, et je n'en connais pas un seul cas de guérison. Au contraire, le tétanos à forme légère, celui qui se borne assez longtemps à du trismus et à de la roideur dans les muscles du cou, le tétanos à marche lente qui dure plusieurs semaines, guérit assez souvent par ou avec toutes les médications. Entre ces deux formes extrêmes soit comme gravité des symptômes, soit comme rapidité de marche, il en est une troisième intermédiaire aux deux autres, c'est le tétanos subaigu, de gravité moyenne, qu'on voit quelquefois guérir; mais beaucoup plus rarement que la forme chronique. En un mot, nous savons tous que plus la marche des accidents est rapide, plus le tétanos est grave.

Or, pour trois des cinq cas de M. Verneuil dont j'ai connaissance, n'ayant pu avoir sous la main la thèse de M. Subise, il ne s'agit que d'un tétanos à forme assez légère et à marche chronique, de ces tétanos qui guérissent tout seuls.

Ainsi chez le premier malade, celui dont M. Verneuil nous a communiqué l'observation en 1870, et qui a été le point de départ de la discussion qui s'est élevée à cette époque, la maladie qui a débuté le 29 janvier dure jusqu'au 10 mars, et M. Verneuil intitule lui-même l'observation *tétanos à marche lente.*

Le quatrième malade de M. Verneuil n'a que du trismus, il prend 6 grammes de chloral par jour et guérit. Ce n'était certes pas un cas de tétanos grave, puisqu'il n'eut guère que du trismus, ni un cas aigu, puisqu'il a duré vingt-deux jours.

Le cinquième malade eut du trismus, de la roideur des jambes, des muscles du cou et de l'abdomen, celui-là prend 10 grammes de chloral par jour, quelquefois 15 grammes; mais est-ce encore un cas aigu, ce tétanos qui dure un mois.

N'allez pas croire cependant que, jaloux des succès de mon collègue et ami, je cherche à diminuer la valeur de la thérapeutique qu'il propose, qui lui a réussi et qui aurait échoué entre mes mains. Loin de là, j'ai eu, moi aussi, mon succès par le chloral, seulement je ne crois pas avoir eu dans la guérison la part que croit devoir s'attribuer M. Verneuil dans les siennes.

Cette observation que j'abrége le plus possible, se résume ainsi : Le nommé J... Mathurin, âgé de trente-huit ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 28 novembre 1872, pour une plaie du sourcil gauche, suite d'un coup reçu il y a un mois. Trois ou quatre jours après l'accident, il s'aperçut qu'il ne pouvait que difficilement fermer l'œil gauche et qu'il grimaçait en parlant. Cette paralysie faciale ne le préoccupa guère. Mais, le 13 novembre, il commença à éprouver de la difficulté pour ouvrir la bouche, deux jours plus tard la mastication devenait impossible; il sentait en même temps de la raideur dans les muscles du cou et ne pouvait que difficilement remuer la tête.

Le 19, à son entrée à l'hôpital, on constate sur le sourcil gauche une petite plaie longue de 3 à 4 centimètres couverte de croûtes stratifiées, douloureuse à la pression. Du même côté il y a une hémiplégie faciale, la joue est flasque dans sa partie antérieure, pendant que la contraction des masséters empêche l'ouverture de la bouche. La contracture atteint les deux sterno-mastoïdiens, mais respecte les muscles de la nuque. Les mouvements divers sont difficiles et douloureux. La faradisation fait contracter les muscles de la face paralysés. Je fais appliquer comme traitement un courant continu ascendant de six éléments Morin, le long de la colonne vertébrale.

Le 21. — Le nombre des éléments est porté à dix.

Le 22. — Pas d'amélioration, pouls 72, température 37°5. On interrompt l'usage de l'électricité.

Le 23, — Pouls 64, température 37°5, un peu de roideur dans des muscles de la nuque.

Le 24. — Pouls 72, température 37°7.

Le 25. — Le malade depuis hier a une abondante transpiration, la difficulté d'avaler augmente. Pouls 84, température 37°9. On applique un courant de vingt-cinq éléments.

Le 26. — Même état, même médication. Pouls 84, température 37°2.

Le 27. — On cesse l'électricité. Les sueurs continuent, mais le soir la contracture s'empare tout à fait des muscles de la nuque. Injection d'une seringue d'une solution de chlorydrate de morphine à 0,60 pour 60 grammes.

Le 28. – L'injection sous-cutanée de morphine a fait dormir le malade, mais la contracture augmente, et elle paraît sur les muscles du tronc et de l'abdomen. Pouls 100, température 39°9. Je fais don-

ner une potion avec 20 grammes de chloral. Le malade s'endort, et le sommeil dure toute la journée et toute la nuit.

Le 29. — Quoiqu'il y ait encore beaucoup de roideur, le malade avale plus facilement et se sent mieux. Chloral 30 grammes. Pouls 84, température 37°2. Le soir le malade dort profondément.

Le 2 décembre. — Pas de changement depuis le 29, bien que le malade soit resté constamment dans un état de somnolence et d'assoupissement, j'abaisse la dose quotidienne de chloral à 15 grammes.

Le 4. — Comme Il n'y a pas d'amélioration, je laisse de nouveau le chloral pour les courants. Je fais appliquer qninze éléments. le malade ne les conserve que pendant une heure, il redemande du chloral, je lui en prescris 15 grammes.

Le 5. — Il y a amélioration, le malade peut ouvrir la bouche, les muscles du cou sont moins roides. Chloral 20 grammes.

Le 6. — Je fais appliquer pendant deux heures quinze éléments, je prescris 15 grammes de chloral. Amélioration, moins de douleurs.

Le 7. — Chloral 10 grammes. Le mieux continue.

Le 8. — Pas de chloral.

Le 9. — Crise de suffocation pendant la nuit. Je reviens au choral, 15 grammes.

Le 10. — Sommeil très-profond, résolution musculaire, pas de chloral.

Le 11. — Le sommeil continue.

Le 12. — Vingt-cinq éléments conservés pendant deux heures, pas de choral.

Le 13. — Plus de douleur, mais encore un peu de roideur. La déglutition est plus facile. Le soir, 10 grammes de choral.

Le 14. — La bouche s'ouvre plus facilement. Assoupissement. On est obligé de sonder le malade qui n'a pas uriné depuis la veille, et l'on est obligé également, les jours suivants, de pratiquer le cathétérisme. Une amélioration bien marquée se montre le 19, et le 25 décembre, après cinq semaines de maladie, on peut regarder le malade comme tout à fait guéri de ses accidents tétaniques qui, du reste, ne se sont pas reproduits.

Ainsi ce malade a pris non pas 6 grammes par jour, mais 15, 20, 30 grammes; il en a consommé plus de 200 grammes pendant sa maladie; l'usage du chloral a eu pour résultat, à peu près constant, de diminuer la contracture, de procurer le sommeil, et par conséquent, le repos; puis-je dire que le chloral a guéri le malade? en aucune façon, car moi aussi j'ai eu affaire à un de ces tétanos de gravité moyenne, à marche lente, chronique, qu'on voit guérir pendant

tous les traitements, et que trop souvent aussi on voit s'aggraver et se terminer par la mort malgré tous les traitements.

De même, M. Oré a guéri son malade par les injections intraveineuses de chloral; mais c'était encore un tétanos à marche lente, car l'injection est faite le 9 février, et lorsqu'au neuvième jour l'observation est envoyée à l'Institut, le malade n'est pas amélioré, et ce n'est que dans une communication ultérieure, faite le 2 mars, que nous apprenons la guérison.

M. Cruveilhier a eu affaire à un tétanos subaigu; la mort, malgré les injections de chloral, est survenue le 7 juin. Quant à M. Labbé, son malade avait un tétanos à marche rapide, le chloral injecté a semblé devoir faire merveille, mais la mort n'en survint pas moins le lendemain.

J'ai dit et je soutiens, avec les faits et jusqu'à ce qu'on m'oppose un fait contraire, le tétanos suraigu, à marche très-rapide, ne guérit pas, ou, jusqu'à présent, n'a jamais guéri; j'attends, pour regarder le chloral comme le spécifique du tétanos, qu'on me le montre ayant guéri un tétanos suraigu. Je pourrais presque en dire autant du tétanos aigu, de celui qui en quatre ou cinq jours, a conduit le malade à l'impossibilité d'avaler, de parler, de se remuer, et à la difficulté extrême de respirer par suite de la contracture des muscles respiratoires.

Mais, dira-t-on, le chloral ne peut-il pas guérir le tétanos aigu ou suraigu en le transformant en tétanos chronique qui peut guérir et qu'on voit assez souvent guérir. Jusqu'à présent je nie qu'on ait vu un seul exemple de cette transformation. Les cas de M. Verneuil, du moins les trois cas que je connais, sont des cas de tétanos subaigus ou même chroniques d'emblée, et une chose m'a frappé dans toutes les observations dont j'ai lu le récit comme dans celles dont j'ai été témoin. Le chloral amène la résolution musculaire assez souvent, le sommeil presque toujours, il suspend en quelque sorte les fonctions nerveuses, mais aussitôt que le chloral a cessé d'agir, aussitôt que que les centres nerveux rentrent en action, les symptômes reparaissent, non pas dimiuués, non pas même conservés les mêmes, mais dans les cas de tétanos aigus ils reparaissent aggravés, comme si pendant le sommeil la maladie avait continué sa marche, comme si des désordres du côté des centres nerveux avaient continué.

Quel plus remarquable exemple de suspension des accidents que celui dont je vous ai apporté l'observation l'année dernière. Un tétanique meurt asphyxié par contraction des muscles respirateurs; il est à l'agonie, je lui fait appliquer un courant de soixante éléments

et brusquement, comme frappé par un heureux coup de foudre, cet homme ouvre les yeux, respire à pleins poumons, s'assied sur son lit et dit aux assistants : « Je reviens de loin. » Plus de contracture, plus de roideur, plus de traces en quelque sorte du tétanos ; mais quelques heures après, les phénomènes morbides reparaissent, l'effet des courants s'affaiblit, et le lendemain soir la mort termine comme trop souvent ces émouvantes péripéties.

J'arrive maintenant aux injections veineuses, le moyen est-il utile ? pour ma part, je le repousse d'une manière absolue. M. Cruveilhier vous a montré qu'il pouvait être extrêmement dangereux en amenant des coagulations. Qu'on ait songé à ce mode d'introduction des médicaments, je le conçois..Nous savons que dans le tétanos l'absorption est difficile. Dans un cas j'ai donné, presque sans obtenir d'effet, 2 grammes d'extrait thébaïque et 2 grammes de belladonne. Dans un autre cas il m'a fallu donner un litre de rhum pur en vingt-quatre heures pour obtenir l'ivresse. Je conçois donc qu'on ait songé aux injections veineuses. Cependant il y a ici cette exception favorable au chloral, qu'il paraît être assez facilement absorbé, car à des doses de 2, 4 et 6 grammes, on obtient le sommeil et la résolution musculaire. Je repousse donc les injections non-seulement parce qu'elles sont dangereuses, mais aussi parce qu'elles sont inutiles. Dans les cas chroniques, dans les cas peu graves, on obtient l'effet du chloral en l'introduisant dans l'estomac. Dans les cas graves, suraigus, je les repousse encore, parce que le malade, fût-il hors d'état d'avaler, peut recevoir encore le chloral dans l'estomac au moyen d'une petite sonde œsophagienne introduite par les narines, et si la contracture du pharynx empêchait le passage de la sonde, on pourrait donner le chloral en lavement. Enfin, pour me résumer, si je puis, si je dois admettre que le chloral est un des médicaments qui amènent le plus facilement le calme et le sommeil dans le tétanos, je ne puis admettre qu'il agisse de telle façon qu'on puisse le regarder comme capable de guérir le tétanos.

M. TILLAUX. Messieurs, j'ai fait ce matin une injection de chloral dans les veines d'une tétanique. Aussi, en attendant une observation plus détaillée jugé-je utile de vous donner connaissance du fait. Il s'agit d'une femme porteur d'un kyste hydatique du foie. Ce kyste, traité par les caustiques, était ouvert depuis huit jours, lorsque avant hier soir on remarqua que la mastication devenait difficile. Hier matin nous pûmes constater un trismus des plus marqués; nous fîmes admiuistrer par la bouche 4 grammes de chloral avec injonction de répéter la dose jusqu'à calme complet. Ce matin nous constatons

que la malade a pu à peine prendre en tout 4 grammes de médicament; encore une partie de cette dose a-t-elle été rejetée. L'état de la malade est des plus graves. La cyanose est complète; il est absolument impossible de rien administrer par la bouche, d'abord en raison de la constriction externe des mâchoires et ensuite à cause de la crise immédiate que provoque le contact d'une goutte de liquide sur la muqueuse pharyngée. Dans ces circonstances, j'ai pratiqué une injection de chloral dans la veine céphalique; je dois le dire, cette opération s'est faite avec la plus grande facilité. La malade était maigre; la veine très-volumineuse fut comprimée par M. Gillette, qui assistait à l'opération; j'ai pu faire la ponction très-aisément; j'ai attendu qu'une goutte de sang m'apprît que j'étais bien certainement dans le vaisseau. Vissant alors sur la canule la seringue d'Anel, j'ai injecté 10 grammes de chloral dissous dans 20 grammes d'eau. Cette solution représente à peu près exactement cinq fois le volume de liquide contenu dans le corps de pompe de la seringue employée. J'ai donc dû, par conséquent, employer cinq seringues. Dès la seconde, une amélioration des plus nettes s'est produite sous nos yeux, et la malade m'a appelé par mon nom, ce qui eût été matériellement impossible quelques minutes auparavant, et ses yeux s'ouvrirent. A la cinquième, une détente réellement merveilleuse se manifesta. Les muscles s'assouplirent. La peau devint rosée, la bouche put s'ouvrir largement et un sommeil très-calme se produisit.

Le résultat immédiat, je le répète, fut réellement miraculeux. Je ne sais ce qu'il adviendra de cette malade; je constate seulement que l'amélioration absolue ne s'est pas maintenue longtemps. Ainsi l'opération ayant été faite à neuf heures et demie et ayant duré sept minutes, j'ai revu la malade à onze heures trois quarts. Bien que très-améliorée relativement à son état antérieur à l'injection, elle avait de nouveau un peu de contracture et un très-petit commencement d'accès au contact d'un liquide quelconque avec le pharynx. J'ajouterai que, dans ce cas, l'opération en elle-même a été des plus simples; aussi m'a-t-il semblé intéressant de communiquer ce fait, tant au point de vue de la médecine opératoire que du résultat immédiat obtenu.

M. BOINET. Durant le siége de Paris, j'ai vu quatre tétaniques. Le premier avait reçu une balle qui avait fracturé le radius. Le deuxième avait un coup de feu dans le métacarpe. Le troisième avait reçu un éclat d'obus dans la cuisse. Le quatrième avait été apporté d'Auteuil en plein tétanos, sans qu'il fût possible de déterminer d'abord la lésion primitive (c'était un coup de feu dans le flanc droit); je fis admi-

nistrer par la bouche 8 grammes de chloral dissous dans 100 d'eau, dans les vingt-quatre heures (une cuillérée à soupe toutes les deux heures. Les crises diminuaient après chaque ingestion. Je profitais de ce calme momentané pour faire administrer des boissons chaudes. Chez le malade blessé au poignet, j'ai eu quelques rémissions bien nettes sous l'influence de 12 grammes de chloral en vingt-quatre heures, mais le mal reprit ensuite son intensité, et, malgré le sulfate de quinine, malgré le vin de Champagne, dont il prit jusqu'à trois bouteilles en une journée, il succomba. Le malade blessé au flanc droit a ingéré 8 grammes de chloral par vingt-quatre heures, et l'on pouvait le considérer comme guéri quand il succomba subitement à une hémorrhagie de l'artère iliaque, fait qui fut révélé à l'autopsie. Aussi, sans même compter ce dernier blessé, qui n'est certes pas mort du tétanos, j'ai guéri de la sorte deux tétanos sur trois, M. Le Fort a agité la question du tétanos aigu et du tétanos chronique; mais y a-t-il au début des symptômes qui indiquent telle ou telle forme. On ne peut attendre que les signes s'accentuent, puisqu'il faut se hâter. Aussi ai-je pour principe d'administrer le chloral immédiatement, et d'en continuer l'usage comme je l'ai dit. On ne peut se fonder sur la nature plus ou moins grave des blessures pour pronostiquer la gravité plus ou moins grande du tétanos; car ainsi qu'on le sait, rien n'est plus fréquent qu'un tétanos grave survenant à la suite d'une blessure légère et réciproquement.

M. VERNEUIL. Je parlerai dans le même sens que M. Boinet. On a dit : Le tétanos aigu ne guérit jamais : Le tétanos chronique guérit sans qu'on y fasse rien, faudrait-il ajouter, si l'on est conséquent. S'il en est ainsi, je n'ai jamais vu dans la première période de ma carrière chirurgicale que des tétanos aigus, et je n'ai observé que des tétanos chroniques dans la seconde. C'est là, je le déclare, une pétition de principe déplorable que de déclarer qu'un tétanos bien caractérisé, guéri par le chloral, est un tétanos chronique parce qu'il a guéri; car ajoute-t-on, il n'eût pas guéri s'il avait été aigu. Les faits cités par M. Boinet sont extrêmement concluants. Deux cas de guérison sur trois constituent en effet une bien belle statistique; car il ne faut pas compter au nombre des insuccès le malade qui a succombé à une hémorrhagie de l'artère iliaque. M. Le Fort a fait, suivant moi le plus bel éloge du chloral, en accordant que ce médicament est ce qui soulage le mieux les tétaniques. C'est déjà un immense résultat. Quant aux distinctions à établir entre les formes de tétanos, on peut dire qu'un tétanos peut durer fort longtemps, et guérir tant que le système respiratoire n'est pas entrepris. Si ce système est pris

tout d'abord, le malade est perdu. Aussi bien que cette distinction repose sur une hypothèse, c'est là ma manière de juger la gravité du mal. Aussi demandé-je à mes collègues d'abandonuer pour quelque temps la distinction d'aigu et de chronique pour adopter cette autre base. On comprend du reste que le chloral n'ait point de prise sur les cas où le système respiratoire est pris d'emblée. Il n'a point en effet d'action sur le bulbe qui n'est point influencé, et cela est souvent bien heureux, par les hypnotiques ou les anestésiques comme le chloroforme.

M. Tillaux a rempli d'une manière rigoureuse les conditions posées par moi dans la dernière séance. Il est imprudent, disais-je, de condamner l'administration du chloral par la voie des injections veineuses. Dans un cas analogue, où une malade de la salle Sainte-Jeanne suffoquait, je pratiquai la trachéotomie, et je fus assez heureux pour la sauver. Il faut, en un mot, commencer par retirer de l'eau l'homme qui se noie. Aussi ne pensé-je pas qu'on puisse rien objecter aux indications que j'ai posées et que M. Tillaux a si heureusement exécutées. L'important, en effet, est d'obtenir une rémission dans le tétanos. Une fois le spasme respiratoire dissipé, rien ne dit qu'on ne puisse continuer l'administration du chloral par les voies digestives. Aussi est-il nécessaire d'étudier avec soin, et pour ainsi dire à nouveau, la marche du tétanos, la manière dont on meurt, et enfin sa thérapeutique.

Je donne à la société communication d'une observation recueillie dans le service de M. Lassègue par M. Boutry.

Convulsions tétaniformes compliquant une lymphangite. — Traitement par le chloral à haute dose. — Guérison rapide. — Bien que l'observation suivante ne puisse être considérée comme un cas de vrai tétanos, je la communique comme un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel et aussi comme une preuve de l'efficacité du chloral dans les cas rares et toujours alarmants de pseudo-tétanos.

François C..., trente-sept ans, infirmier à l'hôpital de la Pitié, entra le 13 février 1874, salle Saint-Paul, 46. Cet homme, d'une bonne constitution, grand, brun, robuste et sobre, a servi autrefois comme soldat à la Martinique ; il y fut affecté, pendant dix-huit mois, de fièvre intermittente et de dysentérie. A plusieurs reprises, au moment du frissou initial des accès, il fut pris de crampes douloureuses dans les membres inférieurs, et de contracture portant tantôt sur les muscles du trouc, tantôt sur ceux de la mâchoire.

Les fièvres cessèrent à trente ans. Cependant il y a quatre ans environ, il fut pris d'un dernier accès, non plus de fièvre, mais de contraction sans que le malade se rappelle à quelle occasion. Depuis cette époque, il a joui d'une bonne santé et n'a point gardé de traces des affections précédemment indiquées. Il n'est pas inutile d'ajouter que ces renseignements ne nous furent donnés qu'après la guérison du dernier accès auquel nous assistâmes, et dont le diagnostic fut tout d'abord très-embarrassant.

Dans les premiers jours de février, C... fut légèrement blessé au talon droit par sa chaussure; le 12 au soir, le malade alla passer la soirée chez sa femme qui habitait la ville. Il rentra à onze heures, se plaignant seulement d'avoir eu froid, étant resté dans une chambre sans feu alors que la température était basse. Cependant il alla se coucher et dormit une partie de la nuit.

Vers le matin, il fut réveillé par un frisson; néanmoins il descendit à cinq heures pour prendre son travail; mais bientôt le frisson se renouvela, avec céphalalgie, douleurs vives dans l'aine droite et la région lombaire, et enfin crampes violentes dans la jambe. Il remonta au dortoir, mais une heure après le malaise était si grand qu'il redescendit dans la salle Saint-Paul où il fut vu par MM. Lasègue et Verneuil. Il était alors dans l'état suivant : décubitus dorsal, face anxieuse, pupilles très-contractées. — Extrémités froides. — Température rectale 39°4. — Pouls à 120. — Respiration accélérée (38 à la minute), saccadée, irrégulière.

Dans l'aine droite, un ganglion tuméfié, très-douloureux au toucher, avec rougeur de la peau susjacente; la plaie du talon est violacée, sensible au toucher et entourée d'une zone de peau rouge et enflammée, large de plusieurs centimètres.

On ne voit point de traînée lymphatique ni à la jambe ni à la cuisse. Cependant toute la peau du membre est hyperesthésiée, et le moindre contact provoque immédiatement une crise que nous allons décrire. Un frémissement part du mollet; le membre tout entier est agité de plusieurs secousses courtes et rapides, après quoi tous les muscles entrent en contraction tonique. Cet état se propage au tronc, à la nuque, au visage, et pendant une minute environ le malade ressemble absolument à un tétanique en opisthotonos.

A ce moment, les douleurs atteignent une extrême intensité; le patient se cramponne avec ses bras aux barres de son lit et pousse des cris aigus; cette crise dure environ une minute et demie. D'autres crises semblables se sont manifestées dans les heures précédentes, environ de dix en dix minutes. Dans les intervalles, la ré-

solution musculaire est à peu près complète, l'intelligence est tout à fait conservée. Ces symptômes graves, suivant un refroidissement manifeste chez un homme atteint d'une blessure, pouvaient faire croire au début d'un tétanos ; quant à l'élévation brusque de la température, elle s'expliquait naturellement par l'invasion d'une lymphangite.

Le traitement suivant fut institué. Le membre fut enveloppé d'une épaisse couche d'ouate maintenue par une bande, après avoir été au préalable frictionné largement et du haut en bas avec l'onguent napolitain belladoné. — A dix heures précises, on administra d'un seul coup 3 grammes d'hydrate de chloral dans un demi-verre d'eau sucrée; un quart d'heure après l'envie de dormir survient, mais le malade s'agite, divague, essaye de se lever et doit être maintenu de force dans son lit. Cependant le pouls est déjà tombé à 108, et la respiration à 22 ; un quart d'heure plus tard, 100 pulsations. — Respiration normale, sommeil profond.

A midi, réveil subit; trois crises en dix minutes, un peu plus courtes et un peu moins fortes. On redonne 1 gramme de chloral; le patient retombe sur son oreiller. — A quatre heures. Pouls à 96. Température rectale 39°4. Coma léger. Pupilles très-contractées. Conjonctives congestionnées. Le malade a pris en tout 7 grammes de chloral. Ce médicament est suspendu jusqu'à nouvel ordre et ne sera repris qu'au cas où reviendraient des crises qui d'ailleurs semblent avoir complétement cessé. Avant de quitter le patient, on le réveille doucement pour lui faire prendre un verre de tisane et une demi-tasse de bouillon.

A minuit, une crise, huitième gramme de chloral.— A sept heures du matin, autre crise qui, du reste, fut la dernière, neuvième gramme de chloral. — A neuf heures, 100 pulsations, 40 degrés dans le rectum; abrutissement profond. On peut cependant obtenir quelques réponses assez correctes mais lentes, dixième gramme de chloral dans la journée. Le soir, le pouls et la température décroissent (96 pulsations, température 39°1).

Le lendemain matin, C... se réveille vers sept heures et mange avec plaisir. On découvre le membre; la rougeur a disparu autour de la plaie. Le ganglion n'est plus douloureux; on ne trouve pas de trace de lymphangite, et l'on peut explorer le membre en tous sens sans provoquer la moindre crise. Pouls à 98, température à 37 degrés. L'affection semble guérie. En effet deux jours plus tard le rétablissement était complet. — Exeat le 17. Reprise du service sans le moindre malaise jusqu'à ce jour (5 mai).

Il n'est pas probable, d'après les antécédents recueillis plus tard et que nous avons consignés au début de ce récit, que l'on ait affaire à un vrai tétanos; il s'agissait bien plutôt d'une de ces dispositions particulières à certains sujets et en vertu de laquelle un même accident venait à propos des causes les plus variées. Il est vraisemblable que la lymphangite et surtout son frisson initial ont joué ici le rôle de cause déterminante comme l'avait fait autrefois le frisson de la fièvre paludéenne. Néanmoins les crises convulsives autrefois observées avaient été plusieurs fois aussi violentes peut-être, mais beaucoup moins durables, car elles disparurent toujours sans médication spéciale, par le seul fait de la cessation du frisson. Dans la crise récente, au contraire, nous avons vu les accès se répéter sans relâche, à courts intervalles, et avec une grande violence pendant les quatre heures qui ont précédé l'administration du chloral, et persister pendant vingt heures encore jusqu'à ce que 10 grammes du médicament aient été ingérés. De sorte qu'il est difficile de dire ce qui serait advenu de ces accidents s'ils avaient été combattus plus tard avec moins d'énergie et à l'aide d'un médicament moins puissant. Ce fait démontre encore que l'ingestion, par la bouche, d'une dose qui n'est point excessive suffit amplement pour amener la résolution complète et le sommeil profond.

Était-ce dans ce cas un tétanos : je ne puis l'affirmer d'une manière absolue à cause des accidents tétaniformes que le malade avait à plusieurs reprises présentés dans des accès de fièvres intermittentes; mais qui devait dire que, sans la médication employée, ce malade eût guéri, c'est à la rigueur possible; mais il n'en est pas moins vrai qu'un thérapeutiste abdiquerait en s'abstenant de thérapeutique sous prétexte de chronicité; je ne connais point, pour ma part, de médicament qui, opposé à des spasmes semblables agisse avec une pareille rapidité, et, comme on a observé souvent, que, dans le tétanos, l'état suraigu est presque toujours précédé durant deux ou trois jours d'une période plus bénigne; c'est, je le répète, dans cette période de début qu'il faut intervenir sans hésitation.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 13 MAI 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Fistule uro-génitale guérie par la cautérisation, par M. le docteur Lorge, de Gand.

M. TILLAUX adresse un travail de M. Graudesso Sylvestri : *sur une observation d'opération césarienne, avec suture élastique de l'utérus; succès pour la mère et l'enfant.*

LECTURE

Tétanos. — Injections intraveineuses de chloral. — M. TILLAUX lit, au nom de M. Oré de Bordeaux, membre correspondant, une lettre en réponse à une observation de M. Cruveilhier, relative à un cas d'injection de chloral dans les veines d'un tétanique.

Monsieur le président,

J'ai lu dans divers journaux de médecine l'histoire abrégée du malade atteint de tétanos traumatique, que M. le docteur Cruveilhier a traité à l'hôpital Saint-Louis, *par les injections intraveineuses de chloral.* J'ai cru, cependant, devoir attendre, pour apprécier ce fait, qu'il fût *officiellement* publié par l'auteur lui-même, tel qu'il a été lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 1er avril. *La Gazette des Hôpitaux* du 28 renferme cette observation, si impatiemment attendue, suivie des réflexious qu'elle a suggérées à mon honorable confrère. Le cas en litige est trop grave pour le laisser passer inaperçu et pour que je ne réclame pas, de votre bienveillance et de votre justice, le droit de répondre à quelques-unes des propositions émises par M. Cruveilhier.

Qu'il me soit permis, d'abord, de faire une observation générale :

Quand on veut juger sérieusement une méthode, quand on veut pouvoir la combattre ou l'adopter, le devoir le plus impérieux de l'observateur est de se placer dans les conditions formulées par l'auteur de la méthode. M. Cruveilhier a-t-il agi ainsi ?

« Je viens présenter, dit-il, à la Société de chirurgie, une observation où l'emploi du chloral en injection dans les veines n'a pas été suivi de guérison. J'ajouterai tout de suite que la méthode de M. Oré n'a été appliquée, dans toute sa rigueur, qu'à une période déjà avancée de l'affection. »

C'est, en effet, *la veille* de la mort du malade, alors que les accidents duraient depuis *neuf* jours, que M. Cruveilhier s'est décidé, suivant sa propre expression, à employer ma *méthode dans toute sa rigueur*. A-t-il, dès lors, le droit de la critiquer, et ne serait-il pas bien plus autorisé à critiquer celle qu'il a substituée à la mienne?

M. Cruveilhier motive, il est vrai, sa manière de faire en s'appuyant :

« Sur le défaut d'instrumentation appropriée, et l'hésitation où il était sur le procédé à employer dans une opération aussi délicate, diversement décrite par les auteurs, et sur laquelle M. Oré n'a pas cru devoir donner des détails qui lui ont paru sans doute inutiles. »

Cette dernière observation démontre jusqu'à l'évidence que M. Cruveilhier ne connaissait pas bien ce qui a été écrit sur les injections intra-veineuses de chloral, lorsqu'il a traité son malade.

On lit, en effet, dans le premier volume publié en 1873, par l'Association française pour l'avancement des sciences, p. 1024 :

« Il faudra se servir d'une seringue à injection, dont le corps de pompe pourra renfermer une solution de 10 grammes de chloral dans 10 grammes d'eau. La tige du piston sera graduée de manière à savoir toujours quelle est la quantité de chloral qui aura été introduite dans le vaisseau. On commencera par pousser une petite quantité de solution, *un gramme ou deux*, pour interroger les prédispositions du malade. S'il supporte bien cette dose, sans présenter de phénomènes inquiétants, on continuera à injecter jusquà 6 ou 8 grammes, en une seule fois. On aura le soin d'avoir près de soi un appareil électrique, *fonctionnant*, afin de s'en servir, s'il y a lieu. C'est une sécurité qu'on ne saurait se refuser, si l'on se rappelle, ainsi que je l'ai établi le premier, combien l'action des courants est utile dans les accidents produits par le chloral. » (Dr Oré. — *Des injections intraveineuses de chloral*, tome Ier, p. 971.)

Ainsi, non-seulement j'ai indiqué la forme de l'instrument, sa contenance, le dosage de l'injection, mais j'ai eu le soin de bien préciser la manière de la faire. J'ai recommandé de tâter le malade pour éviter les accidents qui pourraient se produire chez un sujet réfractaire, enfin j'ai insisté sur la nécèssité d'avoir toujours près de soi un appareil électrique, *fonctionnant*, destiné à combattre les accidents qui se manifesteraient.

M. Cruveilhier continuera-t-il à dire : « M. Oré n'a pas cru devoir donner des détails qui lui ont sans doute paru inutiles. »

Mais j'arrive aux réflexions dont mon honorable confrère fait suivre l'histoire de son malade.

Première réflexion. — 1° *Difficulté de l'injection.* Il a essayé successivement quatre procédés. Je ne parlerai que du premier et du dernier. Le premier (le mien) : *Ponction sans dénudation de la veine qu'il déclare le plus mauvais.* Le deuxième (le sien) : *Mise à nu de la veine, soulevée par un stylet, avec incision des parois et injection par l'ouverture,* qu'il déclare le meilleur.

Pourquoi le procédé, qui consiste à ponctionner d'emblée la veine sans la dénuder, est-il le plus défectueux? « C'est qu'il nous a donné, dit M. Cruveilhier, un phlegmon assez étendu, que le tissu cellulaire est complétement sphacélé, que la veine cubitale présente sa tunique externe comme noirâtre et comme sphacélée; qu'aucune coagulation ne se trouverait dans la veine, ce qui semble indiquer que l'injection s'est faite en entier dans le tissu cellulaire.

L'argument, on en conviendra, est bien étrange! *Ponction direcle de la veine sans dénudation,* n'a jamais été synonyme de *ponction du tissu cellulaire sans piqûre de la veine.* Dira-t-on que le procédé qui consiste à ponctionner la tunique vaginale pour y injecter de l'iode, dans l'hydrocèle, est mauvais; parce que, au lieu de pénétrer dans la sereuse, on aura fait l'injection dans le tissu cellulaire du scrotum, et déterminé, par suite, le sphacèle?

Chez mon premier tétanique, j'ai piqué neuf fois les veines de l'avant-bras, par cette méthode; chez le second, j'ai fait quatre piqûres; récemment chez un jeune homme auquel j'ai pratiqué, avec succès, une injection d'ammoniaque pour combattre des accidents occasionnés par une morsure de vipère, je m'en suis encore servi; il en a été de même chez un malade que j'ai anesthésié avec une injection de 10 grammes de chloral dans 30 grammes d'eau, et auquel j'ai fait, le 1er mai, au milieu de l'insensibilité la plus absolue, une résection partielle du caleanéum.

Ce procédé m'a constamment réussi. Je n'en connais pas de plus

simple, de plus rapide, de plus sûr. Il est aussi facile que la saignée du bras. Que l'on pique, en effet, une veine gonflée par une ligature circulaire, avec une pointe de lancette ou avec celle d'un trois-quart capillaire très-effilé, n'est-ce pas la même chose? Il y a, toutefois, une précaution à prendre, c'est de n'injecter la solution que lorsque le trois-quart ôté de la canule, *le sang coulera par cette dernière; alors seulement*, *on peut être* assuré que le liquide injecté pénétrera dans le torrent circulatoire et non dans le tissu cellulaire.

A ce procédé, M. Cruveilhier préfère l'*isolement de la veine soulevée par un stylet et divisée pour laisser passer l'injection.* Que l'on se représente un malade auquel cinq ou six injections intraveineuses seront devenues nécessaires, et qui aura cinq ou six veines ainsi dénudées, croit-on qu'il n'aura pas une chance absolument exceptionnelle s'il ne présente pas, à court délai, des symptômes de phlébite et de coagulation.

Deuxième réflexion. — « Un second fait important à établir est l'innocuité de l'injection dans les veines. Je citerai les injections d'eau dans le choléra. Je m'appuierai sur l'opinion professée par M. Vulpian, qui affirme que les injections de chloral ne déterminent aucune phlébite. »

J'avais établi l'innocuité des injections intraveineuses de chloral *sur les animaux*, dès l'année 1872, dans les notes que j'ai adressées à la Société de chirurgie.

M. Vulpian n'a donc fait que confirmer cette innocuité par les expériences qui datent du mois de décembre 1873, ainsi que cela résulte de la communication faite à la Société de biologie (séance du 20 décembre 1873), par le docteur M. Carville, son préparateur.

« Nous avons employé, dit M. Carville, pour endormir les animaux en expérimentation, les injections intraveineuses d'une solution d'hydrate de chloral, suivant les indications de M. Oré, de Bordeaux. L'effet produit est merveilleux, en quelques secondes les animaux sont endormis, etc.

« A l'aide de ce procédé, nous avons pu maintenir, dans un sommeil parfait, des chiens pendant trois, quatre et six heures, etc. » (*Gaz. méd. de Paris*, nº 2, p. 23, an. 1874.)

Quant à l'innocuité et à l'absence de phlébite, à la suite de ces injections, *chez l'homme*, M. Vulpian n'a pu les admettre, que parce que je les ai établis le premier.

« Plus récemment, dit l'éminent professeur de la Faculté de Paris, un chirurgien de Bordeaux, M. Oré, a eu l'heureuse témérité de

l'injecter directement dans le système veineux, à titre de mode de traitement du tétanos. » (*Progrès médical*, p. 183, 1874.)

M. Cruveilhier aurait pu, il me semble, m'accorder une part à une priorité qu'il paraît ignorer.

Troisième réflexion. — Ce n'est donc pas l'injection intraveineuse que l'on doit rendre responsable de l'insuccès dans le cas de M. Cruveilhier, c'est la nature de l'injection. « M. Oré conseille une solution de 9 grammes de chloral pour 10 grammes d'eau, or M. Vulpian m'engage à n'employer que la solution au cinquième. »

Le conseil de M. Vulpian repose sur l'expérience suivante : Si l'on met en contact un verre de montre, avec du sang extrait d'un animal strychiné, la solution de M. Oré, on obtient la même action que si l'on versait de l'alcool, il se fait une coagulation plus ou moins volumineuse qui ne se reproduit pas, si l'on répète la même expérience avec la solution de M. Vulpian.

A cette expérience, M. Vulpiau lui-même ajoute : « Je ne saurais conseiller les injections telles que les a formulées M. Oré, *à moitié*. Il serait imprudent de se fier à l'innocuité des injections, dans ce cas ; le sang peut se coaguler dans le cœur ou les capillaires du poumon, en outre, les injections de chloral peuvent agir topiquement sur l'endocarde et déterminer une irritation capable de réagir sur les fonctions du cœur tout entier, etc. » (*Progrès médical*, an. 1874, p. 198.)

A l'expérience du verre de montre que l'on ne saurait sérieusement comparer à ce qui se passe lorsqu'une solution d'hydrate de chloral, lancée dans le torrent circulatoire, se répand, *à l'abri de l'air*, dans toute la masse du sang ; à tous ces raisonnements qui ne sont, en définitive, que des hypothèses que rien n'autorise à soutenir, je réponds par des faits :

1° Jamais dans mes expériences sur les animaux, et elles sont nombreuses, je n'ai constaté le moindre phénomène qui puisse donner aux craintes que vous exprimez la plus légère apparence de vérité.

2° Jamais, chez mon premier tétanique, neuf injections de chloral, *par moitié*, n'ont rien produit de semblable. Il en a été de même chez le dernier, malgré quatre injections.

3° Ne retrouve-t-on pas la même innocuité chez le malade de mon ami le docteur Léon Labbé, qui a cependant employé ma formule ?

Donc la solution par moitié n'offre aucun danger, quoi qu'il en soit, je suis très-disposé à étendre davantage, et cela pour une rai-

son physiologique que des expériences récentes m'ont mis à même de vérifier. En étudiant expérimentalement, en effet, l'influence que l'eau tenant en solution des substances médicamentaires, exerce sur la circulation des capillaires du poumon, lorsqu'on l'injecte directement dans les veines, j'ai constaté que la gêne de la circulation devenait d'autant plus grande que la solution, plus concentrée, prenait la consistance *sirupeuse* ou *oléagineuse.* C'est ce qui m'a conduit, chez un dernier malade dont l'histoire abrégée trouve ici sa place, à faire usage d'une solution de chloral au tiers.

Un jeune homme de dix-huit ans, porteur d'un sequestre du calcaneum, est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-André. Le 1er mai, j'ai procédé à l'extraction de ce séquestre. L'opération devant être longue, je résolus d'insensibiliser ce malade à l'aide d'une injection intra-veineuse. 10 grammes de chloral dissous dans 30 grammes d'eau furent injectés *lentement* par l'une des radiales droites; le malade s'endormit tranquillement, sans présenter *le moindre trouble dans la respiration,* qui resta toujours calme et régulière. L'insensibilité étant aussi complète que possible, j'enlevai la portion d'os nécrosée. L'opération dura vingt-cinq minutes; une fois achevée, je dirigeai un courant dans le pneumo-gastrique gauche, qui fit cesser immédiatement l'anesthésie.

Je n'hésite pas à penser que l'absence absolue de dyspnée observée chez ce malade, bien que la dose de chloral ait été la même (10 gr.) tient, d'une part, à ce que la solution, *plus étendue*, a mieux passé à travers les capillaires du poumon; d'autre part, à l'obstacle apport à l'entrée de tout corps étranger dans le sang par un tamis métallique très-fin que j'ai fait ajouter à ma seringue à injection.

L'élasticité des parois vasculaires permettant d'augmenter, sans aucun danger, la quantité d'eau, rien n'empêchera de faire, comme je viens de le dire, le mélange au *tiers*. Mais ce que mon expérience personnelle m'autorise à affirmer, c'est que, pour *produire dans le tétanos la sidération complète du pouvoir réflexe,* chez l'adulte, la dose de 10 grammes, environ, est habituellement indispensable, quelle que soit d'ailleurs la quantité de véhicule. Avec des doses moindres 2, 3, 4, 5 grammes, on n'amène qu'un sommeil et un calme tout à fait passagers, ainsi que je l'ai observé chez mon premier tétanique.

M. Cruveilhier, oubliant qu'il n'a employé ma méthode qu'une *seule fois,* dans toute sa rigueur, la veille de la mort de son malade, lui attribue les *coagulations* que l'autopsie a révélées. Si telle était la cause de ces lésions, il n'aurait dû les observer que dans la *der-*

nière veine piquée ; or elles existaient dans toutes, alors qu'elles n'avaient reçu que 3, 4, 5, 6 grammes de solution.

J'ai été plus heureux ; j'ai pu injecter quinze fois la solution, à moitié, sans rien observer de semblable. Il en a été de même de M. Léon Labbé. « Dans la veine cubitale superficielle droite, dit-il, au point ou l'injection a été faite, il n'y a ni caillot dans la veine, ni inflammation dans la paroi du vaisseau et des parties voisines. » (*Gazette des Hôpitaux* du 30 avril.)

A quoi tiennent ces différences? je l'ignore ; je me contente de les signaler.

Quatrième réflexion. — « Nous ferons aussi des réserves sur la durée de l'insensibilité signalée par M. Oré, et qui dans son observation est de dix heures en moyenne, M. Vulpian ne l'ayant pas vu dépasser cinq ou six heures, ce qui est notre moyenne, sauf pour la dernière injection effectuée sur un malade déjà très-affaibli. »

La durée de l'insensibilité chez mon malade a été constatée par tous ceux, et ils sont nombreux, qui l'ont suivi avec la plus scrupuleuse attention, depuis le premier jour du traitement jusqu'à sa guérison, c'est donc un fait incontestable. J'ajouterai que M. Vulpian n'a pas expérimenté comme moi, puisqu'il repousse les injections *par moitié*, pour n'employer que des solutions au cinquième. La différence dans les résultats s'explique suffisamment par la différence dans *le dosage*, je n'en veux du reste d'autre preuve que la déclaration de M. Cruveilhier lui-même. Il n'a pas vu l'insensibilité durer, en moyenne, plus de cinq à six heures, *sauf après la dernière injection où elle a été beaucoup plus longue.*

Il est vrai que pour cette dernière injection, *seule*, M. Cruveilhier déclare qu'il a employé ma formule.

Il invoquerait vainement l'état de faiblesse du malade, car il aurait obtenu le même résultat si, dès le début, il avait employé la formule dont il s'est servi à la fin.

Cinquième réflexion. — « La troisième conclusion de M. Oré est l'espérance de triompher rapidement du tétanos par ce mode nouveau d'administration du chloral, or, sur quatre cas, il y eu trois insuccès. »

Il suffit d'analyser ces trois insuccès pour démontrer que deux sont favorables à la méthode. Mon premier tétanique a vécu quinze jours; si, au lieu d'injecter des doses *insuffisantes* qui n'ont jamais produit qu'un sommeil et un calme de courte durée, j'avais agi comme pour le second, il aurait très-probablement guéri.

Le fait de M. Léon Labbé est-il défavorable à la méthode?

Il s'agissait d'un tétanos *suraigu* à marche très-rapide, chez lequel, en moins de deux heures, la température s'élevait de 5 dixièmes de degré. Le malade devait, suivant M. Labbé, succomber avant quelques heures.

Contre de semblables tétanos, j'avoue que je ne connais aucune médication efficace, et, cependant, M. Labbé résume ainsi les faits observés par lui chez son malade.

« Injection de 10 grammes de chloral en seize minutes, sans autre accident qu'un peu de toux et l'apparition de quelques symptômes passagers d'asphyxie, après l'opération. — Disparition des secousses douloureuses et de la tétanisation des muscles, après la pénétration dans la veine de 3 grammes de chloral. — Sommeil profond, après l'injection de 8 grammes. — Abaissement de la température qui, en six heures, descend de 2°1. »

Les accidents se reproduisant, on ne fait pas de nouvelles injections et le malade succombe. Ce fait me semble incontestablement favorable à la méthode. Or, bien que je sois convaincu que dans ce cas une nouvelle injection aurait pu retarder la mort, mais non l'empêcher, ne suis-je pas étonné de voir M. Labbé lui-même « exprimer le regret qu'une nouvelle injection n'ait pas été faite, lorsque les symptômes étaient reparus avec toute leur intensité ».

Quant à l'insuccès de M. Cruveilhier, il me permettra bien, après tout ce qui précède, de ne pas le mettre sur le compte des injections intra-veineuses.

Mais puisque l'occasion s'offre à moi de dire toute ma pensée sur cette méthode dans le traitement du tétanos, je la saisis avec empressement.

Quel but le chirurgien doit-il se proposer dans le traitement de cette maladie? Supprimer d'abord, s'il est possible, la cause qui l'a produite, chercher ensuite à faire cesser, avant tout, la contracture musculaire qui, en se généralisant rapidement, produit l'asphyxie, par suite de l'exaltation du pouvoir excito-moteur de la moelle épinière. Il faut donc *sidérer* ce pouvoir excito-moteur, le paralyser, et cela, d'une manière continue, pendant plusieurs jours de suite. Il faut lui faire subir un phénomène semblable à celui que l'on désigne, en chirurgie, sous le nom de *choc*. Je ne conteste pas qu'on ne puisse arriver à ce résultat en administrant le chloral, par les voies digestives, puisqu'on y est arrivé déjà.

Mais j'affirme qu'on y parviendra avec plus de certitude à l'aide des injections intra-veineuses. Il suffit, pour en être convaincu, d'avoir expérimenté une seule fois et d'avoir constaté l'*instantanéité*, la *con-*

tinuité et la *puissance* d'action de l'hydrate de chloral. C'est ainsi que chez mon dernier malade il a suffi de 30 grammes de cette substance introduite en trois fois, à vingt-quatre heures de distance, pour faire cesser la contracture ; sans doute, de loin en loin, le malade a présenté, pendant plus de quinze jours, des crises convulsives, tantôt générales, tantôt localisées. Mais ces crises, toujours de courte durée, ont fini par s'épuiser. Que l'on songe, au contraire, aux doses énormes de chloral, 180, 200, 240 grammes que nécessite l'emploi de ce médicament par la voie stomacale; aux troubles qu'elles doivent occasionner nécessairement dans les voies digestives et, par suite, dans la nutrition (1).

En résumé, l'injection de chloral dans les veines employée contre le tétanos est un moyen *plus sûr*, *plus rapide*, *plus efficace*, que par les voies ordinaires de l'absorption.

Mais où la méthode des injections intra-veineuses est appelée à donner des résultats incomparables, c'est dans l'*anesthésie chirurgicale*. Pouvoir *doser* l'anesthésique, faire durer son action tout le temps nécessaire, et supprimer cette action, à volonté, n'est-ce pas la solution du problème de l'anesthésie? Or c'est là ce que j'ai observé chez le malade dont j'ai rapporté plus haut l'observation.

Je termine par une dernière réflexion : La méthode des injections intra-veineuses, qu'il s'agisse du chloral *qui ne constitue qu'un élément isolé*, ou de toute autre substance, aura, je ne me le dissimule pas, bien des luttes à soutenir, avant d'acquérir droit de domicile dans la science. Mais je reste convaincu qu'elle triomphera de tous les obstacles, et qu'elle est appelée à jouer un rôle immense dans la thérapeutique.

Recevez, etc.

Dr Oré,
membre correspondant de la Société de chirurgie.

(1) Mais M. Cruveilhier se tromperait étrangement s'il me supposait cette opinion que, grâce aux injections intra-veineuses de chloral, le tétanos va devenir une maladie aussi facile à guérir que la fièvre intermittente avec le sulfate de quinine. Telle n'a pas été et telle n'est pas ma pensée, malgré le dernier résultat heureux si rapidement obtenu.

Je ne saurais non plus accepter le reproche que l'on m'adresse de vouloir substituer toujours, et quand même, les injections intra-veineuses aux autres modes d'administration de chloral. Le tétanos est un ennemi trop redoutable pour ne pas diriger contre lui, soit isolément, soit en les associant, tous les moyens dont on peut disposer.

DISCUSSION

M. LE FORT. Bien que je ne sois pas partisan de cette méthode, je ne saurais blâmer ceux qui emploient les injections intra-veineuses de chloral dans une maladie aussi souvent mortelle que le tétanos et qui, suivant moi, est dans certains cas fatalement mortelle, malgré l'usage de tous les moyens thérapeutiques actuels.

Mais je ne crois pas qu'on puisse passer sous silence, devant une réunion de chirurgiens français, la proposition de substituer aux inhalations anesthésiques les injections de chloral dans les veines, lorsqu'il s'agit seulement d'endormir la sensibilité d'un malade pendant une opération.

Pour moi, je m'élève avec indignation contre des idées et une pratique qui ne peuvent prendre leur source que dans un mépris profond de la vie humaine.

M. DUPLAY. Je demande qu'il soit inséré, au procès-verbal, que la Société de chirurgie s'associe, à l'unanimité, aux paroles que vient de prononcer M. Le Fort. (Marques unanimes d'approbation.)

M. DESPRÈS. Le Mémoire de M. Oré, contenant en divers points des mots malsonnants, je propose de renvoyer son Mémoire au comité de publication.

M. TILLAUX. Vous vous rappelez, messieurs, la madade dont je vous ai entretenus dans la dernière séance, et à laquelle j'ai fait, il y a huit jours, une injection de chloral dans la veine céphalique. Le soir même après la séance, c'est-à-dire à six heures et quart, je retournai voir ma malade. L'amélioration était encore appréciable dans une certaine mesure. L'interne de service, M. Duré, la vit à onze heures et demie du soir, et ne constata guère de changement. Vers quatre heures du matin, M. Duré fut mandé près de la malade, ainsi que j'avais prescrit de le faire s'il survenait quelque incident. Il la trouva asphyxiant, la bouche écumante, et animée de mouvements convulsifs. La respiration s'embarrasse de plus en plus; la face est violacée et le râle trachéal est de plus en plus marqué. On veut introduire la canule dans une des veines radiales qui paraît très-turgescente; mais elle fuit sur le côté, malgré la précaution qu'on a prise de la fixer à l'aide du doigt, et l'injection s'échappe en partie dans le tissu cellulaire sous-cutané. On enfonce l'aiguille au-dessous du point précédent, et l'on pousse une injection qui pénètre facilement. En enlevant la seringue on enlève la canule qui est

alors plongée dans la veine basilique, où l'injection pénètre aussi avec facilité. On introduit enfin la canule dans la veine céphalique, et l'on pousse deux injections successives. En tout, 8 grammes de chloral ont été injectés. La malade tombe en résolution, et le calme est aussi complet que possible.

Le lendemain, 7 mai, à 9 heures, les mâchoires sont de nouveau légèrement serrées. Je tente d'introduire une sonde œsophagienne par les fosses nasales, mais je ne peux y parvenir.

A midi les accès convulsifs reparaissent : les muscles du cou se contractent de nouveau, les mâchoires sont énergiquement serrées l'une contre l'autre. Une injection de 2 grammes de chloral est pratiquée dans la veine médiane céphalique du bras gauche. La malade succombe pendant l'injection.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin, et voici les faits sur lesquels je veux appeler votre attention. L'examen des veines montre une coagulation du sang dans toute la veine céphalique et dans la veine médiane céphalique; j'ai pu poursuivre ce caillot jusqu'à l'embouchure de la veine dans la veine axillaire où il s'arrêtait. Je répète, et cela pourrait être un fait quelque peu à décharge, que M. Duré a fait quatre injections sur le même bras. Aurait-on obtenu le même résultat en injectant l'autre bras ou la saphène, c'est ce qu'on peut se demander. Poursuivant plus loin mes investigations, j'ai trouvé dans la veine axillaire un énorme caillot tout à fait indépendant du premier, puis un énorme coagulum dans l'oreillette droite, et l'examen de ces divers caillots montre bien nettement qu'ils se sont développés et formés avant la mort. Enfin, un caillot volumineux dans le ventricule gauche montre jusqu'à l'évidence que l'introduction du chloral avait communiqué au sang une disposition toute spéciale à la coagulation. On comprend que les résultats de cette autopsie soient bien peu faits pour m'enthousiasmer en faveur de la méthode des injections veineuses.

M. VERNEUIL. Il est temps, je crois, que la lumière se fasse au sujet de la question qui nous occupe, entre les affirmations et les négations. Il est impossible de laisser passer l'affirmation de M. Oré, qui déclare n'avoir jamais vu se former de caillots à la suite de l'injection de chloral dans les veines; alors que M. Vulpian considère comme dangereuse à ce point de vue la solution à moitié ; alors que les chirurgiens italiens traitent les varices par la coagulation en y injectant la solution de chloral à parties égales. M. Oré a beau soutenir que cette petite quantité de liquide injecté est bien peu de chose dans la masse du torrent circulatoire au milieu duquel elle

est comme perdue ; on sait ce que vaut cette assertion en présence des accidents qu'ont produits les injections de quelques gouttes de perchlorure de fer dans les tumeurs érectiles. Au point de vue de la thrombose veineuse, on ne peut comparer l'animal malade avec l'animal bien portant, pas plus que l'homme sain avec l'homme malade. On ne peut nier que dans certains cas de maladie la coagulation du sang ne se fasse avec la plus grande facilité sous l'influence de la moindre excitation; aussi ne faut-il pas conclure de l'innocuité des injections de chloral faites dans les veines d'un animal sain à la même innocuité chez un homme malade, et j'estime qu'il y aurait peut-être moins de danger à pratiquer ces injections sur un homme en pleine santé que sur un sujet atteint d'une affection quelconque. Il ne s'ensuit pas, pour cela, que j'accorde la moindre valeur à la méthode anesthésique proposée par M. Oré. Pour moi, qui suis peut-être moins sévère que M. Le Fort, c'est simplement une aberration.

M. TILLAUX. Je ferai observer que la solution au tiers que j'ai employée est assez caustique pour que, quelques heures après l'injection, le tissu cellulaire, qui en avait reçu quelques gouttes, ait commencé à se sphaceler.

M. PANAS. M. Tillaux, en nous parlant des caillots qu'il nous a présentés, semble ne pas attribuer la formation de celui qu'il a trouvé dans le ventricule gauche à l'injection de chloral. Je crois qu'il faut attribuer cette formation, non à une disposition générale de l'organisme, mais à la modification qui a été apportée au sang par l'introduction du médicament, et qui s'est exercée dans toute l'étendue du petit cercle circulatoire.

M. TILLAUX. J'ai dit absolument la même chose que M. Panas, et j'ai attribué la formation des caillots, soit dans le cœur droit, soit dans le cœur gauche à l'action produite par le chloral sur la masse du sang. J'ai tenu seulement à établir que ces caillots n'étaient point continus avec eux-mêmes, et que les différents coagula n'étaient pas la suite d'un même caillot.

M. FORGET. Je disais, dans la précédente séance, qu'il y avait grand danger à s'engager dans une voie aussi scabreuse que les injections dans les veines, sans connaître à fond l'agent que l'on employait. Je pressentais qu'avant peu, d'étranges surprises et de terribles déceptions frapperaient les expérimentateurs; mais j'étais loin, je l'avoue, de m'attendre à une démonstration aussi éclatante de l'inanité de la thérapeutique expérimentale. On l'a vu : cette méthode, née dans un laboratoire et transportée à la clinique, a déter-

miné de véritables désastres chez l'homme malade, après avoir respecté les animaux sujets d'expérimentation. Dans la dernière séauce, M. Verneuil a dit que l'homme était un animal comme un autre; aujourd'hui M. Verneuil convient qu'en fait de thérapeutique de l'animal à l'homme il y a loin; je suis, pour ma part, très-heureux de ce changement d'appréciation. Pour revenir à la méthode de M. Oré, nous assistons à cet étrange spectacle de voir injecter, dans les veines d'un malade dans un but absolument problématique, un médicament dont les praticiens utilisent la propriété coagulante pour la guérison des varices. Or combien de tétaniques M. Oré a t-il guéris de la sorte? Depuis que cette question est à l'ordre du jour, nous ne connaissons que les guérisons obtenues par M. Verneuil. Les morts rapportées par MM. Labbé, Cruveilhier, Tillaux s'accumulent. En est-il donc autrement à Bordeaux qu'à Paris, et pourquoi M. Oré déclare-t-il inoffensives chez l'homme les injections veineuses que M. Vulpian qualifie de dangereuses sur les animaux? Tout est obscurité, tout est ténèbres dans cette question; aussi considéré-je, comme bien osé, de délaisser tous les moyens thérapeutiques connus en faveur d'un agent inconnu et, par conséquent, dangereux; aussi jugé-je nécessaire de faire faire à ces idées un stage prolongé avant de les faire accepter dans la pratique.

M. VERNEUIL. Je voudrais bien n'être pas mis en contradiction avec moi-même : j'ai dit en effet, dans la dernière séance, que l'homme était un animal comme un autre, et que lorsqu'ils sont sains tous les deux, on peut parfaitement les comparer au point de vue de l'expérimentation thérapeutique. Aujourd'hui, sans vouloir m'élever contre cette expérimentation, ce qui est bien loin de ma pensée, j'ai dit que je ne voulais pas que l'on comparât l'influence qu'un médicament exerce sur l'animal sain à celle que le même médicament exerce sur l'homme malade.

LECTURE

M. CHAPPELAIN, de Marseille, membre correspondant, lit une communication relative *au mécanisme de certaines luxations de la hanche.* (Voir le Mémoire de M. Chappelain.)

DISCUSSION

M. TILLAUX. A propos de la transformation de la luxation ischéatique en luxation sous-pubienne, j'ai présenté, il y a quelques au-

nées déjà, plusieurs pièces qui démontraient le rapport intime qui existe entre ces deux luxations; et je rappelais, à ce sujet, une transformation identique qui s'était produite sous mes yeux, entre les mains de M. Dolbeau. Je crois avoir démontré le mécanisme de ce changement facile dont la base réside dans la conservation de la même portion de la capsule articulaire.

M. CHAPPELAIN. J'admets trois variétés : l'ischéatique, la sous-pubienne et une intermédiaire entre les deux : la sous-cotyloïdienne. Il y a un certain intérêt à diagnostiquer la sous-cotyloïdienne de la sous-pubienne. Dans la première, le pied se maintient dans sa position normale, dans la seconde, le membre se renverse en dehors. Aussi, tout en admettant la classification et le mécanisme de M. Tillaux, je crois que dans certains cas et Bouisson, Jules Roux Ollivier, d'Angers, en ont fourni des preuves, la capsule étant moins déchirée ne permet pas à la tête d'arriver jusqu'à la fosse ovale.

M. TILLAUX. Je tenais à rappeler que j'avais déjà signalé cette pérégrination de la tête fémorale autour de la cavité cotyloïde, et la variété sous-cotyloïdienne n'est qu'un degré de cette migration.

M. CHAPPELAIN. Je crois, en effet, que le mécanisme dans les trois espèces est le même, et le résultat diffère seulement par le sens en avant ou en arrière qu'exécute le bassin sur la cuisse après la déchirure de la capsule.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 20 MAI 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*,

tome VIII, n°s 3 et 4. — Les Mémoires couronnés de l'Académie royale de Belgique, tome II, deuxième fascicule. — *Centralblatt für Chirurgie.* — Un volume in-4°, intitulé : *Statistique médicale de l'armée pendant l'année* 1872. — Une brochure intitulée : *Traitement de l'uréthrite chronique chez la femme, par l'eau de Contréxeville,* par le docteur Debout d'Estrées.

M. MAGITOT fait hommage à la société de deux brochures intitulées, l'une : *Étude sur les anomalies du système dentaire chez les mammifères;* et l'autre : *Détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire.*

M. LARREY fait hommage à la société d'une brochure intitulée : *Communication à l'Académie des sciences relative à un travai. de M. Tollet, ingénieur civil sur un système de logements et d'hôpitaux militaires incombustibles.*

Des demandes de congé de MM. Houel et Nicaise.

Une lettre de M. Dolbeau, qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

LECTURE

M. KRISHABER lit un Mémoire intitulé : *Des effets de la compression élastique sur les tissus.* — (Commission : MM. Demarquay, Duplay, Tillaux.)

DISCUSSION

L'ordre du jour amène la continuation de la discussion sur le traitement du tétanos par le chloral.

M. DESPRÈS, empêché par le concours du bureau central, dont il est juge, adresse à M. le président une communication qui est lue par le secrétaire annuel :

« Le tétanos qui, d'après plusieurs de nos collègues, est également grave, qu'il soit spontané ou qu'il soit traumatique, me paraît d'après mon expérience personnelle, devoir être divisé en trois variétés : 1° le tétanos spontané, dû à un refroidissement; tétanos généralement peu grave, et susceptible de guérison spontanée, c'est-à-dire de guérison avec toutes sortes de traitements; 2° le tétanos lié à un traumatisme relativement peu grave, une brûlure, une plaie des articulations ou des tendons, une plaie des doigts, un ongle incarné, etc.; tétanos plus grave que le précédent et dans lequel on observe, dans les cas les moins dangereux, une lenteur assez cousi-

dérable de la marche des contractures; 3° le tétanos lié à des plaies graves, membres emportés par éclats d'obus, articulations ouvertes, fractures compliquées de plaies, etc.; tétanos toujours mortel, parce que le tétanos est doublé de septicémie.

J'ai óbservé deux cas de tétanos spontané, ils ont guéri tous deux: l'un est relatif à une fille de quatorze ans, que j'ai vue dans le service de M. Marjolin. Après huit jours de trismus et de contracture des muscles du cou, elle a guéri par les bains de vapeur.

Le second cas a été observé par moi l'année dernière. Un garcon de vingt-deux ans, tanneur, après avoir couché dehors une nuit, est entré dans mon service, le 17 août. Depuis le 18 août, il avait du trismus et de la roideur du cou, les muscles masticateurs, le sterno-mastoïdiens et les trapèzes étaient contracturés. Mais il n'y avait pas de fièvre ni de douleurs, et rien qui caractérisât les crises du tétanos grave. A la stupéfaction des élèves de mon service, je prescrivis pour tout traitement le repos et une pilule d'opium le soir. Le malade guérit et sortit de l'hôpital le 2 septembre.

J'ai retrouvé des faits analogues dans les journaux; et les deux plus remarquables ont été publiés par Grisolles (*Gazette des Hôpitaux*, 1861). Deux malades atteints de tétanos spontané, chez lesquels le trismus avait duré huit jours, avant toute autre manifestation du tétanos ont été guéris, l'un par l'opium à haute dose, l'autre par le chloroforme.

J'ai vu onze cas de tétanos dus à des brûlures, ongle incarné, plaies des tendons, plaies des doigts et autres blessures relativement légères. Sur le nombre deux malades ont guéri, l'un avait été traité par l'opium à haute dose et les bains de vapeur, un a pris un peu de chloral à l'intérieur. C'était pendant la guerre; un de mes aides avait demandé du chloral à des Anglais de passage à Beaugency, et j'avais laissé donner ce remède à la mode, pour satisfaire le désir de mon aide, mais je n'avais pas de doute sur la nature de ce tétanos, qui était borné à du trismus et n'était pas accompagné de fièvre ni de crises. Le malade a guéri en quelques jours, bien que le chloral n'ait été administré que tardivement.

J'ai vu trois cas de tétanos qui avaient débuté par du frisson ou qui avaient suivi un frisson caractéristique de l'infection purulente; les trois cas ont été mortels en moins de cinq jours, avant même que tous les muscles du corps aient été convulsés. Ici la septicémie masquait le tétanos ou se mêlait à ses symptômes. La mort rapide n'était pas explicable par la gravité des manifestations du tétanos.

Le traitement du tétanos n'a point de bases certaines. Quand l'on saura le mode d'action des nerfs et des centres nerveux, on pourra savoir quel est le mécanisme réel du tétanos. Jusqu'à ce moment, toutes les théories sont hypothétiques. Appuyer un traitement sur de-pareilles données, c'est exposer les médecins à des illusions dont ils seront vite désabusés. Quant aux séries de succès produites çà et là, elles sont faciles à juger. La diversité même des moyens vantés en fait la critique. Rappelons-nous la série de succès publiée par Carpenter (*Amer. med. Journal,* 1860), quinze cas de guérison sur seize cas de tétanos traités par la glace appliquée sur la colonne vertébrale. Trois succès sur cinq cas de tétanos, publiés par Provot, qui vantait les inhalations de chloroforme.

M. MARJOLIN. Ce n'est point par des bains de vapeur que j'ai traité le malade auquel M. Desprès fait allusion, mais bien par l'application de couvertures de laine à nu sur l'enfant et par des sudorifiques. Je compte, du reste, communiquer à ce sujet quelques observations de tétanos traumatique, recueillies dans mou service à l'hôpital de Bon-Secours et à Saint-Antoine, par deux de mes élèves, l'un médecin, l'autre chirurgien des hôpitaux, enlevés trop tôt à la science, Goupil et Edmond Simon.

M. VERNEUIL. J'apporte à la Société des documents importants qui me sont adressés de province, et qui sont relatifs au traitement du tétanos par le chloral. Je me propose, dans la prochaine séance, de faire un rapport verbal sur ces intéressantes observations.

M. LE FORT. Dans l'avant-dernière séance, j'ai défendu cette opinion que si le chloral pouvait être regardé comme un des médicaments, et peut-être comme le médicament le plus capable de procurer aux tétaniques quelques instants de calme et de sommeil, et même de faire disparaître temporairement les contractions musculaires, on ne pouvait le regarder comme capable de guérir le tétanos, car nous n'avions, jusqu'aujourd'hui, aucun fait venant rompre la triste uniformité de cette règle : le tétanos aigu, de forme grave, est toujours mortel. J'ai montré que trop les cas de guérison qui s'étaient produits, aussi bien entre les mains de M. Verneuil qu'entre les miennes, étaient des cas de tétanos à forme bénigne ou à forme lente, de ces tétanos qu'on voit guérir pendant les toutes médications qui peuvent même guérir sans que rien vienne aider à la guérison, et après m'être demandé si le chloral pouvait avoir la puissance de convertir un tétanos aigu qui ne guérit pas, en un tétanos chronique qui guérit quelquefois, je me suis prononcé pour la négative.

Mon collègue et ami, M. Verneuil, m'a objecté que je faisais une pétition de principe, puisque je qualifiais de tétanos chronique ou de tétanos léger tous ceux qui guérissent, et qu'en raisonnant ainsi, il était facile de soutenir que l'on ne voit jamais guérir de tétanos aigu grave, et facile de prétendre que le chloral ne peut guérir que les tétanos légers ou chroniques. Je crois avoir résumé aussi fidèlement que possible l'objection de M. Verneuil.

Je ne puis nier que l'objection de notre collègue a pour elle toutes les apparences d'une argumention irréfutable, et s'il ne s'agissait que d'opposer des raisonnements à des raisonnements, je passerais immédiatement condamnation. Mais il n'en est pas ainsi. Il ne s'agit que d'examiner, d'étudier les faits, et il me sera, je l'espère, assez facile de prouver qu'il n'y a pas, dans mon argumentation, de pétition de principes. Je ne voudrais pas refaire devant vous l'histoire que vous connaissez si bien du tétanos. Je ne voudrais pas non plus m'étendre sur un sujet discuté longuement dans cette enceinte en 1870; mais il m'est impossible de ne pas rappeler certains faits d'observation.

Cette classification du tétanos traumatique en forme grave ou légère, en tétanos aigu ou chronique, n'est pas arbitraire; les caractères sont bien tranchés dans la plupart des cas; mais il faut avouer que la confusion existe pour ceux qui tiennent le milieu entre les deux formes. Quelle est la physionomie caractéristique du tétanos aigu, du tétanos à forme grave?

Les accidents se succèdent, s'aggravent avec une assez grande rapidité, le trismus, après avoir duré seul pendant quelques heures, s'accompagne de roideur des muscles du cou. Chaque effort pour ouvrir la bouche amène de la douleur, la déglutition elle-même des liquides introduits dans la bouche est gênée. Des crampes douloureuses dans les membres apparaissent au moindre mouvement qu'essaie le malade. La physionomie profondément atterrée prend le caractère du rire sardonique. Bientôt les muscles de l'abdomen se durcissent par une contracture plus ou moins énergique, le tronc, immobilisé par la roideur des muscles du dos, ne peut plus s'infléchir; des convulsions, des spasmes agitent le corps sous certaines influences, telles que tentatives de mouvement, friction sur la peau. La respiration elle-même s'embarrasse et la mort survient soit au milieu d'une convulsion, soit par suffocation et quelquefois avec une effrayante rapidité. Tout ce tableau se déroule en quelques jours, et la mort, qui termine invariablement la scène, survient en général du deuxième au cinquième ou sixième jour.

Au contraire, que voyons-nous, heureusement le plus souvent? Un malade dont l'état ne paraît avoir rien de grave accuse, pendant quelques jours, un peu de difficulté à ouvrir la bouche, à tourner et surtout à fléchir la tête; mais il mange, boit, parle et ne paraît pas se douter de sou état. Puis les symptômes s'aggravent peu à peu; quelquefois cependaut, mais assez rarement, d'une manière brusque. Le tétanos augmeute au point d'empêcher l'ouverture de la bouche, les muscles postérieurs du cou, du tronc, ceux même de l'abdomen se prennent, mais le plus ordiuairement cinq, six, huit jours se sont déjà passés depuis le début des accidents; de plus, arrivés à cette période, les accidents restent en quelque sorte stationnaires pendant quelques jours, s'aggravant, s'affaiblissant, réapparaissant, s'aggravant de nouveau si la mort doit survenir, s'affaiblissant, au contraire, si la guérison doit avoir lieu.

Sans doute, entre ces deux termes extrêmes, il y a de nombreux intermédiaires, car il n'y a pas plus dans le tétanos, que dans les autres maladies, deux formes caractéristiques sans lien commun: une forme aiguë, une forme chronique, comme il y aurait une forme grave et une forme bénigne. C'est toujours la même maladie, mais avec de nombreuses variétés dans la gravité des symptômes et dans la rapidité de leur succession. Cependant, sans pouvoir dire où s'arrête la forme aiguë, où commence la forme chronique, l'observation clinique nous amènc à faire, entre ces divers cas, cette séparation, cette sorte de distinction. Est-ce que j'aurais par hasard inventé cette classification? Loin de là, nous la retrouvons dans tous les auteurs classiques. Aurai-je aussi imaginé de rattacher aux formes aiguës ou chroniques une importance pronostique différente? Pas davantage, ce mérite ne m'appartient pas.

Je pourrais vous rappeler les faits consignés dans l'article de *Husemann*, de Göttiugen, inséré dans le *Jahrbücher*, de Smidt, pour 1871 , mais, sans sortir de cette enceinte, sans aller chercher mes preuves au dehors de nos discussions, que voyons-nous?

Dans la séance du 9 novembre 1870, M. Boinet, interrogé sur ce point par M. Panas, répond, que les malades qu'il a guéris (malades dont il nous a parlé il y a quelques jours encore) avaient un tétanos à forme chronique.

M. Larrey, dans la séance du 23 mars 1870, dit: Une conditiou essentielle pour réussir, consiste au passage du tétanos à l'état chronique, *seule forme susceptible de guérison.*

M. Giraldès, parlant de la première observation de M. Verneuil

lui répond que, « sans doute il s'agissait ici d'un tétanos *à marche lente, les seuls qui puissent guérir* ».

Ceci vous prouve, messieurs, que non-seulement nos collègues acceptent la distinction entre les deux formes, mais qu'ils attachent à chacune d'elles une importance pronostique différente.

Il y a plus, M. Verneuil lui-même, dans cette observation, nous dit : « *On pense avoir affaire à un tétanos à forme lente, et l'on conserve quelque espoir de guérison* ». Quelle est la signification de cette phrase : « On a affaire à un tétanos à forme lente? » sinon l'aveu explicite qu'il existe une forme lente qu'on peut opposer à une forme aiguë? Et n'a-t-on pas le droit de traduire ces mots : « on conserve quelque espoir de guérison, » par cette phrase : comme j'ai affaire à une forme lente, j'ai l'espoir de guérir ce tétanos, mais si j'avais affaire à une forme rapide, j'aurais peu ou pas d'espoir de guérir mon malade.

Ainsi vous le voyez, M. Verneuil lui-même reconnaît explicitement l'existence d'une forme lente et d'une forme rapide ou aiguë, et ce qui n'est pas moins important, il leur assigue, au point de vue du pronostic, une valeur très-différente.

Mais M. Verneuil m'oppose ceci : Si le chloral n'a pas guéri le tétanos alors qu'il avait sa forme aiguë, le chloral a guéri parce qu'il a transformé le tétanos aigu en tétanos chronique, ce qui revient absolument au même. A cela je pourrais répondre : Si du fait de la guérison, vous vous croyez en droit de donner au chloral cette puissance, il faut aussi l'accorder aux médicaments dont l'administration a été suivie de guérison; il faut donc admettre que le curare, la nicotine, la fève de Calabar, la belladone, l'opium, l'électricité, le froid, la chaleur, etc., guérissent le tétanos, puisqu'on cite de nombreux cas de guérison pendant l'usage de ces moyens thérapeutiques. Or tous ces moyens, d'abord vantés, ont été successivement abandonnés comme impuissants.

Les cas de guérison cités par MM. Boinet et Verneuil, seraient-ils des exemples de cette transformation? En aucune façon. Dans la discussion de 1870, M. Boinet reconnaît qu'il a eu affaire à des tétanos à forme lente, et M. Verneuil, dans son premier cas de guérison, mentionne le caractère dans le corps et même dans le titre de son observation. Je crois avoir montré, dans l'avant-dernière séance, que ces autres faits sont également des cas de tétanos soit à forme bénigne, soit à forme lente, et cela pendant tout le cours de la maladie et dès son début.

Avant d'examiner le mode d'action du chloral, établissons d'abord

deux faits d'observation : 1° le chloral amène le sommeil et la résolution musculaire tant que le malade est soumis à son action; 2° lorsque l'action du chloral cesse, les accidents reparaissent avec leur physionomie première.

Quelle est donc l'action du chloral ? pour moi, voici comment je la comprends. Les contractures du tétanos sont sous l'influence de lésions encore mal définies, du côté du système nerveux; elles sont le résultat et la preuve d'une perversion dans le fonctionnement du système. Lorsque, par l'emploi des narcotiques, on arrive à *suspendre* l'action du système nerveux, on comprend que le spasme cesse et que la résolution musculaire survienne. C'est ce que nous voyons arriver avec le chloroforme et le sommeil anesthésique dans les contractures hystériques, dans la coxâlgie hystérique et même dans l'éclampsie pendant la narcose chloroformique, mais si la manifestation morbide a été interrompue par le sommeil, par ce fait même qu'on suspendait toute activité du système nerveux portant sur les muscles, on n'a pas porté remède aux lésions matérielles, et lorsque le système nerveux, alors que l'effet du chloral cesse, reprend son activité, il reprend son activité *pervertie* et manifeste sa perversion par la contracture.

Aussi que voyons-nous par l'action du chloral, avec lequel on fait, dit-on, de la médecine de symptômes? Nous voyons les accidents reparaître aussitôt que l'action du médicament a cessé, et ces accidents conservent dans leur gravité, dans leur succession, le type qu'ils avaient avant l'ingestion du chloral. C'est ce que j'ai pu observer sur mon malade qui a guéri et auquel j'ai donné non plus seulement 2, 4, 6 grammes, mais 30 grammes de chloral. Malgré l'importance des doses, lorsque le réveil avait lieu, les accidents reparaissaient, pour céder de nouveau pendant un nouveau sommeil.

Au début, pendant la période d'augment, lorsque par la cessation du sommeil les accidents se reproduisent, ils sont aggravés, malgré le succès apparent et momentané du chloral; à la fin, lorsque la maladie marche vers la guérison, les symptômes à chaque réapparition vont en diminuant de gravité quelquefois avec ces alternatives de mieux et de plus mal, qu'on retrouve dans la forme chronique.

Ce que j'ai observé chez mon malade, on le retrouve chez le premier malade de M. Verneuil.

Le 1er février on donne 5 grammes de chloral, le malade dort, la résolution est complète. Le soir on réveille un instant le malade, aussitôt apparaît de l'opistonos qui cède à une nouvelle dose de 2 grammes.

Le 2 l'effet du chloral a cessé, les spasmes apparaissent, la roideur de la nuque est plus grande. On continue le chloral jusqu'au 5. Le 6 on laisse le malade se réveiller, *la contracture est plus forte*, le trismus *plus marqué;* c'est qu'en effet nous sommes encore dans la période d'augment. On redonne 8 grammes de chloral, on obtient encore la résolution. Treize jours après, le 19, on arrête le médicament : rechute ; mais, à partir du 20, l'amélioration se prononce de nouveau ; mais ce n'est qu'à partir du 25 que la contracture disparaît, non pas brusquement, mais peu à peu, comme dans les cas chroniques, et enfin la guérison survient.

Mais, dira-t-on, puisque les accidents cessent pendant l'action du chloral, continuons sans l'interrompre l'usage du médicament et nous obtiendrons la guérison. Cela peut paraître logique; mais malheureusement les faits ne sont pas en harmonie avec le raisonnement. C'est qu'en effet, si le chloral, en suspendant l'activité du système nerveux, suspend les contractures tétaniques qui ne sont que la manifestation de cette activité pervertie, s'il fait cesser le symptôme caractéristique du tétanos, il est sans action sur les lésions matérielles dont le système nerveux est le siége, et, soit que les lésions viennent à atteindre les parties qui président aux actes respiratoires et circulatoires, parties sur lesquelles les anesthésiques sont sans action aussi bien que le chloral, à moins qu'on exagère les doses, soit qu'elles augmentent d'intensité dans la région même où elles ont pris naissance, on voit la mort survenir malgré le chloral et même pendant que, sous l'influence du chloral, les contractures ont cessé dans les muscles du cou, du dos, de l'abdomen.

Ainsi M. Guyot, dans l'observation communiquée ici en 1870, a affaire à un tétanos à forme aiguë succédant à un trismus ayant duré plusieurs jours. Le chloral endort le malade, et à plusieurs reprises il agit de même; mais la respiration se prend et la mort survient subitement au quatrième jour du traitement, bien que le malade fût sous l'influence du chloral.

De même dans l'observation que j'ai communiquée ici dans la même séance, sous l'influence du chloral, la suspension ordinaire des symptômes s'était montrée; à neuf heures du soir, il n'y avait plus de contracture, mais trois heures après le malade succombait à la gêne toujours croissante des fonctions respiratoires.

Dans le cas de M. Laugier, communiqué par M. Panas, le chloral amène la résolution, mais la dysphagie persiste, et malgré la persistance de la résolution musculaire, le malade meurt subitement le troisième jour pendant qu'il cherchait à boire.

L'observation récente de M. Cruveilhier se termine ainsi : « *Le malade meurt sans s'être éveillé et sans convulsions.* »

Quant au malade de M. Labbé, atteint de tétanos à marche très-rapide, après injection veineuse de 10 grammes de chloral, le malade dort à six heures, le sommeil est très-profond; mais à dix heures le malade se réveille, prononce quelques paroles, les contractures reparaissent immédiatement, puis les convulsions et sept heures après le malade succombe.

Que voyons-nous dans les cas de M. Verneuil, dans le mien, dans tous les cas analogues de tétanos léger, à marche lente? Le tableau des symptômes au réveil du malade reste à peu près identique à ce qu'il était au moment de l'administration du chloral ; ces symptômes ne diminuent d'intensité que peu à peu, à mesure que les lésions se guérissent.

M. Verneuil a eu cinq cas de guérison, j'en suis heureux pour lui, pour ses malades ; mais il est trop habitué à faire de la statistique sérieuse, c'est-à-dire basée sur le rapprochement des observations pour donner à cinq cas de succès auxquels on peut opposer de si nombreux cas d'insuccès, une autre interprétation que celle d'une série heureuse. Pour moi, je reste fidèle à mes conclusions, quoiqu'elles soient décourageantes. Le chloral ne guérit pas par lui-même le tétanos; mais, en procurant le repos, le sommeil, en faisant cesser ces contractures qui épuisent, énervent le malade, il peut soutenir leurs forces et prolonger la vie assez pour permettre à la maladie d'accomplir cette évolution spontanée qui aboutit assez souvent à la guérison. Je crois même que le chloral est supérieur à tous les médicaments du même ordre; plus actif que la morphine, il est moins dangereux que le chloroforme.

D'après ce que j'ai pu observer, je ne saurais trop dissuader de l'emploi des inhalations de chloroforme, car avant d'arriver à la résolution, il faut traverser la période d'excitation, et j'ai craint, lorsque je me suis livré à une semblable tentative lorsque j'étais interne de Malgaigne, de voir le malade périr asphyxié entre nos mains, la roideur musculaire s'étant aggravée pendant la période d'excitation et ayant affecté alors les muscles inspirateurs.

Quant aux injections intraveineuses, je les repousse. Le chloral a cet avantage d'agir beaucoup plus sûrement que tous les autres médicaments; 3, 4, 6 grammes produisent le sommeil; on peut, s'il le faut, augmenter la dose que j'ai une fois portée à 30 grammes. S'il y a dysphagie, on peut l'administrer par le rectum. Mais ces injections ne sont pas seulement inutiles, les exemples que nous ont fournis

MM. Cruveilhier et Tillaux prouvent jusqu'à quel point elles peuvent être dangereuses.

M. BOINET. Je vois dans la communication de M. Le Fort une question fort difficile à juger en pratique. Il distingue, en effet, le tétanos en aigu et en chronique. Pour lui le tétanos aigu se caractérise par la forme plus accentuée des symptômes dès le début. Le tétanos chronique serait, au contraire, celui dans lequel les symptômes se montrent lentement et progressivement. Cette forme serait, d'après M. Le Fort, seule susceptible de guérison. J'avoue que je serais disposé à voir, dans l'affection qui nous occupe, bien plus des degrés que des formes, proprement dites, et si l'on me permet, pour un instant, de comparer le tétanos à un agent toxique, je ne puis admettre, suivant les cas, une demie, un quart, un cinquième de dose. C'est un agent qu'il est impossible de pondérer, je me rappelle et je citerai un fait observé par moi de tétanos chronique terminé par la forme aiguë. Il s'agit d'une femme à laquelle j'avais, il y a quelque huit ans, pratiqué l'ovariotomie, et chez laquelle se déclarèrent, le quatorzième jour, au moment où je la croyais guérie, des phénomènes tétaniques des plus intenses. Depuis huit jours environ elle avait une certaine difficulté à avaler. L'opium à haute dose avait été employé avec quelque succès, quand, je le répète, le quatorzième jour la forme aiguë survint et l'emporta en trois jours. Si dans ce temps j'avais connu le chloral, je l'aurais certainement administré, et si la malade eût guéri, M. Le Fort aurait rangé ce cas dans les tétanos chroniques. Aussi suis-je d'avis que, dans l'ignorance absolue où l'on est, si la forme aiguë ne succédera point à la forme chronique, on doit, dès le début, administrer le chloral. Attendre serait se mettre dans une situation analogue à celle d'un médecin qui, une pneumonie étant donnée, attendrait, pour intervenir, la complication d'un épanchement pleurétique par exemple. Je me résume : il faut agir dès le début et quand même.

M. VERNEUIL. Il me semble que, entre M. Le Fort et nous, la conciliation n'est pas impossible. M. Le Fort nous concède que le chloral est une chose précieuse dans le tétanos ; qu'il procure du calme, du sommeil aux malades et qu'il amène la résolution musculaire. Jusqu'ici nous sommes d'accord; mais là où nous différons, c'est quand M. Le Fort affirme que le chloral ne guérit pas la maladie elle-même, mais ne fait qu'en corriger les symptômes. Il faudrait, je crois, une bien grosse discussion pour arriver à décider si les médicaments en général, le mercure pour la syphilis, l'iode pour la scrofule, guérissent les maladies ou les symptômes de ces maladies. Je

ne crois pas qu'il soit dans l'idée de personne de provoquer cette discussion; mais il me semble que lorsqu'on voit sous l'influence du chloral des succès comme ceux que j'ai rapportés dans une précédente séance, on peut être tenté de croire que l'on a obtenu une guérison véritable. Le chloral ne guérit pas, dit M. Le Fort, et de plus il ne calme que dans certains cas de tétanos chronique, il échoue dans la forme aiguë. M. Le Fort nous a déjà concédé que la division nette, absolue entre les deux formes, ne peut être établie, et qu'il y a une série de cas intermédiaires entre les deux extrêmes. Or quel adjectif faut-il ajouter aux catégories établies pour les caractériser? Les mots aigu et chronique me paraissent aussi défectueux que la durée prise pour base de la distinction. Je préférerais de beaucoup les termes grave et bénin, car je le répète, ce n'est pas la durée qui constitue la forme du tétanos, et un tétanos borné pendant huit jours à du trismus peut tout d'un coup revêtir la forme grave. Quel sera donc le critérium?

Le voici : la bénignité cesse au moment où un certain groupe de muscles, les muscles respiratoires, est envahi. Or cet envahissement peut se faire le premier, le deuxième, le dixième, le vingtième jour, M. Le Fort dit qu'on n'a jamais guéri de cas graves. Je ne suis pas de son avis, et je rappellerai, à l'appui de mon opinion, ce malade qui, violemment pris le vingtième jour, a guéri sous l'influence des courants continus; et cette malade qui, atteinte le dixième jour, fut également guérie par la trachéotomie. Je trouve, pour ma part, que l'on guérit plus de tétanos en les soignant qu'en les laissant livrés à eux-mêmes,et le reproche que je fais à M. Le Fort consiste surtout dans le découragement profond et dans l'impuissance absolue où son affirmation nous laisserait. Je sais bien que cinq succès sont peu de chose, et qu'il est impossible, sur une aussi petite proportion, d'établir de règle absolue ; mais je me hâte d'ajouter que ces cinq cas ne restent pas isolés. Il nous arrive de toutes parts des cas de tétanos guéris, et l'observation de M. Boudry, du Mans, que j'analyserai prochainement, est relative à un cas de tétanos grave. Je reviens à l'argument que M. Le Fort formule ainsi : Le chloral ne guérit pas le tétanos, il enraye les accidents : c'est déjà un immense résultat, et pour procéder par comparaison, comment le chloral agit-il si bien dans l'éclampsie? En s'adressant aux accidents, et dans l'éclampsie, ce n'est pas la néphrite, ce n'est pas le traumatisme utérin, causes premières de la maladie qui tuent, ce sont les attaques, les accidents. Un mot encore pour une légère rectification : le malade qui fait le sujet de ma dernière observation n'a pas eu que des accès de fièvre

intermittente; car alors, puisqu'il n'a point pris de sulfate de quinine, il faudrait admettre que l'intermittence cède à l'action du chloral. Je me résume en disant : le chloral est le meilleur agent connu pour faire cesser les convulsions du tétanos, convulsions qui peuvent amener la généralisation des contractions musculaires et les lésions graves des centres nerveux.

M. LÉON LE FORT. Permettez-moi d'ajouter quelques mots, car je crains de n'avoir pas établi assez nettement mon opinion, je n'ai pas fait deux tétanos différents, de deux formes de la maladie. Je n'établis même pas la distinction qu'il y a entre les formes aiguë et chronique de la pneumonie, de la phthisie; j'ai dit seulement que le tétanos marche quelquefois avec une grande rapidité, quelquefois avec une assez grande lenteur, qu'il en résultait pour la maladie une physionomie différente et surtout un pronostic différent; ce qu'ont dit à ce sujet MM. Verneuil et Boinet en 1870 montre qu'ils partagent ou partageaient alors mon opinion.

Je n'ai pas dit non plus le chloral agissait dans la forme lente du tétanos et n'agissait pas dans la forme aiguë; j'ai dit, au contraire, que, dans l'un et l'autre cas, il amenait le sommeil.

M. Verneuil, au lieu de tirer une indication pronostique de la rapidité avec laquelle se succèdent les accidents, demande qu'on range à ce point de vue le tétanos sous deux formes: grave quand il y a contracture des muscles respiratoires; léger quand cette contracture n'existe pas. Je pourrais lui retourner le reproche qu'il me faisait dans l'avant-dernière séance, car dans l'immense majorité des cas, c'est par des accidents d'asphyxie que la mort arrive; par conséquent, tout tétanos bénin deviendrait un tétanos grave seulement lorsque les accidents qui le plus souvent amènent la mort surviennent; et il est tout naturel qu'il soit léger tant que ces accidents ne se montrent pas.

Comme M. Verneuil, je donne et continuerai à donner le chloral dans le tétanos; mais il y a entre mon collègue et moi cette différence, M. Verneuil dit : Le chloral guérit le tétanos, ce qu'aucun autre médicament n'a pu faire. Je dis moi: Le tétanos n'a pas trouvé dans le chloral son médicament spécifique. Le chloral ne fait rien sur les lésions du tétanos, il endort le malade; mais au réveil on retrouve le tétanos avec la même physionomie, la même marche que si le malade n'eût pas dormi; et même, si la marche des lésions est rapide, le malade meurt en quelque sorte pendant qu'il dort, alors même, ainsi que l'ont montré ceux de MM. Laugier, Guyon, Cruveil-

hier et moi, toute contracture des muscles locomoteurs avait cessé pendant le sommeil artificiel.

Mais le chloral, mieux que tous les uarcotiques et les paralysants du système musculaire, donne au malade le repos. Il empêche l'épuisement qu'amènent l'insomnie, l'inquiétude et la contraction exagérée des muscles, il conserve les forces et, en permettant au malade de résister, il permet à la maladie d'accomplir son évolution naturelle, laquelle, dans les cas de forme chronique, est assez souvent la guérison.

Il peut être plus utile encore. Pendant la durée du tétanos, sous des influences que parfois nous ne pouvons apprécier, mais qui parfois aussi sont appréciables comme un mouvement, l'impression d'un corps froid ou même de la main, on voit survenir un spasme, soit du larynx, soit des muscles inspirateurs. Ce spasme, qui peut-être ne se serait pas reproduit, peut amener la mort. En endormant le malade par le chloral on peut quelquefois le faire cesser ou le prévenir, et le fait seul d'avoir écarté un accident qui aurait été unique, mais qui aussi eût été mortel, suffit pour permettre à la maladie de continuer son évolution et, dans les cas heureux, de guérir. Ici M. Verneuil dit: Le chloral a guéri le tétanos ; je dis moi : Non, le chloral n'a pas guéri le tétanos; mais il a empêché que ce tétanos dont les lésious étaient en voie de régression, et qui, par son évolution naturelle, eût guéri, de devenir subitement mortel par un accident temporaire.

Deux exemples vous moutreront que cette distinction n'est pas une subtilité d'argumentation. M. Dubrueil soigne un tétanique qui dans un accès de spasme asphyxie, il applique les courants continus; le spasme cesse, le malade revient à la vie et finit par guérir. Avait-on avec l'électricité guéri le tétanos ? Non, car le tétanos, pendant plus de huit jours encore, persista avec la même marche et la même physionomie qu'avant cette crise qui, sans l'électricité, eût été probablement mortelle. Lorsque j'ai, par l'électricité, ressuscité le tétanique dont je vous ai dit l'histoire, ai-je agi sur les lésions du tétanos, ai-je guéri le tétanos ? Non, car la maladie reprit sa marche, qui était celle de l'aggravation, et deux jours après, malgré l'électricité, le malade succombait.

Voulez-vous un autre exemple plus frappant eucore ! M. Verneuil soigne un tétanique qui est pris d'un spasme du larynx. Le malade va succomber asphyxié. Que fait notre collègue? il fait la trachéotomie, et le malade guérit. Direz-vous que la trachéotomie guérit le tétanos ? et cependant, sans la trachéotomie, M. Verneuil perdait son malade.

En résumé, à moins que la fève de Calabar, la nicotine, le curare, le bromure de potassium, la transfusion du sang guérissent le tétanos, il faut bien admettre que le tétanos guérit spontanément quelquefois, et ces cas heureux ne se rencontrent que dans la forme chronique. Il faut que le malade ait la force de résister assez longtemps pour que la maladie, quand elle marche vers la guérison, puisse accomplir son évolution. Le sommeil, la cessation des contractions est ce qui ménage le mieux les forces, et le chloral procure ce repos mieux que tous les autres médicaments. Il peut même, en combattant une crise qui aurait pu être mortelle, sauver un tétanique; mais il n'a pas agi sur le tétanos lui-même; il ne modifie pas ses lésions, il ne fait qu'en suspendre les manifestations, il ne fait pas cesser le symptôme en attaquant le mal qui produit le symptôme, il n'agit que sur le symptôme lui-même. En faisant dormir un malade atteint de hernie étranglée, on arrête les vomissements, on ramène le calme, on ranime les forces; on a pu même empêcher le patient de succomber à l'excès de la douleur, à l'épuisement; mais on n'a pas dilaté le collet du sac; on n'a pas dégagé l'intestin, on n'a pas agi sur l'inflammation de péritoine. Si l'on a été utile, c'est d'une manière indirecte. C'est ainsi que le chloral est utile dans le tétanos, mais il ne le guérit pas plus qu'il ne guérit l'étranglement herniaire.

COMMUNICATION

M. LABBÉ. J'apporte à la société quelques nouveaux renseignements sur le malade dont je l'ai déjà entretenue, et qui conserve dans son estomac son corps étranger. Dans une des dernières séances, je disais qu'un gonflement notable s'était produit dans l'hypocondre gauche, et que l'on pouvait espérer, dans cette région, la formation d'un abcès. Depuis, plusieurs médecins qui virent avec moi ce malade, m'ont conseillé d'activer ce travail à l'aide de vésicatoires et de teinture d'iode. J'ai cru devoir suivre ce conseil, mais, sous l'influence de ces révulsifs, il y a eu résolution du travail phlegmasique, et les phénomènes inflammatoires ont disparu. J'ai vu le malade aujourd'hui, peu de temps avant la séance; son état est satisfaisant. Il ne souffre guère qu'après un repas copieux, et prend alors une attitude assez bizarre : il incurve son tronc à gauche, et paraît être soulagé dans cette situation. Quant à la présence de la fourchette dans la cavité stomacale, elle est très-appréciable : en appuyant fortement à droite, on fait saillir le corps étranger, et l'on provoque en ce point une douleur vive.

Q'adviendra-t-il? C'est ce qu'il est impossible de prédire; il est toujours bien entendu qu'aucune opération n'est dans l'espèce praticable, et des exemples rassurants de corps étrangers volumineux sortis presque spontanément à une distance plus ou moins grande de l'estomac ont été cités, témoin le fait rapporté dans la *Revue* de Martin Lauzer, et relatif à une fourchette de fer qui, après un séjour de trois ans et six mois dans l'estomac, a pu être extraite d'un abscès développé à la racine de la cuisse. Elle présentait, par parenthèse, une destruction complète de deux de ses dents.

PRÉSENTATION

M. TILLAUX présente, au nom de M. le docteur Basley, de Bayeux, une pièce anatomo-pathologique, consistant dans une énorme tumeur éléphantiasique de la jambe droite. M. Basley a pratiqué l'amputation et a obtenu une guérison. Voici quelles sont les mesure de cette tumeur.—Longueur, 70 centimètres; — circonférence moyenne, 75 centimètres; — dimension de la partie recouvrant le pied, 58 centimètres de circonférence; — poids de la masse totale, 16 kilogrammes.

A cette présentation s'attache un intérêt tout spécial. La malade, porteur de cette tumeur éléphantiasique, n'a jamais quitté la Normandie. C'est donc un éléphantiasis indigène.

M. LARREY. Cette pièce est extrêmement intéressante, et j'ai pu observer une série de faits analogues dans les recherches que j'ai faites sur l'éléphantiasis des Arabes. Le fait de M. Basley pourrait, du reste, être rapproché de celui que nous a présenté M. Demarquay, à cette différence près que, dans ce dernier cas, le pied était intact, au lieu d'être envahi comme dans la pièce que nous avons sous les yeux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 27 MAI 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL procède au dépouillement de la correspondance, qui comprend les journaux de médecine.

Une brochure intitulée : *Considérations générales sur la pathoogie des maladies de la prostate et prostatite subaiguë*, par le docteur Bouloumié.

Une brochure intitulée : *Relevé statistique des opérations pratiquées pendant l'année* 1873 *à la clinique du docteur Wecker*, par le docteur Masselon.

PRÉSENTATION

M. VERNEUIL présente, au nom de M. le docteur Gayat, candidat au titre de membre correspondant national, quatre observations manuscrites sur divers points de la chirurgie oculaire. Le travail de M. Gayat est renvoyé à la commission précédemment désignée pour examiner les titres de notre honorable confrère.

LECTURE

M. AZAM, membre correspondant national, donne lecture d'un travail intitulé :

Nouveau mode de réunion des plaies d'amputation et de quelques autres grandes plaies. — En août 1873 j'ai exposé au congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, tenu à Lyon, les idées que je vais développer ici ; mais on m'a fait observer avec raison qu'elles n'étaient pas appuyées sur des observations suffisamment précises. Je viens aujourd'hui combler cette lacune, apporter des faits et des applications nouvelles, et faire appel au contrôle et à l'expérimentation de mes collègues de Paris.

Guérir les amputés le plus sûrement et le plus rapidement possi-

ble est la préoccupation de tous les chirurgiens. L'occlusion ouatée de M. J. Guérin a réalisé une partie de ce désir; mais, par cette méthode même, les amputés attendent pendant quarante ou soixante jours une guérison définitive que le mode de pansement suivant fait obtenir dans un espace de temps qui varie de dix à vingt-cinq jours. Je n'insisterai pas sur l'importance de cette rapidité qui soustrait, mieux que tout autre moyen, les opérés à des chances désastreuses, surtout par les grands hôpitaux hantés par l'érysipèle, l'infection purulente, la pourriture, etc.

Voici les faits. Après leur narré succinct j'exposerai et je discuterai la méthode.

I.

I. — Le 17 mars 1870, j'ampute la cuisse d'un homme de vingt-cinq ans, entré dans ma clinique de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, pour une tumeur blanche du genou, compliquée d'ostéo-myélite de la partie inférieure du fémur. L'amputation est faite très-haut dans le tiers supérieur par la méthode à lambeaux égaux. Drainage profond, suture profonde enchevillée par deux points avec fils d'argent. Suture superficielle entortillée par vingt-deux épingles.

Le surlendemain sortie des épingles, la réunion superficielle est complète.

Pansement à l'alcool tous les deux ou trois jours. Le huitième jour, enlèvement de la suture profonde. Le treizième jour, le drain est enlevé, chute des ligatures. Au 1er avril, la guérison est presque complète, occlusion ouatée, légère compression du moignon, cinq jours après toute suppuration a disparu, et la guérison est définitive le vingt et unième jour.

Il est survenu chez ce malade des complications générales qui ont leur importance. Au quinzième et au seizième jour, frissons violents qui ne se renouvellent pas. Quatre jours après nouveau frisson. Érysipèle léger de la face.

Ces accidents n'ont pas entravé la guérison du moignon, mais l'ont probablement retardée.

Le 16 avril, la guérison étant complète, trente jours après l'opération, le malade présente au milieu de la fesse, du côté opéré, une collection purulente de la dimension d'une orange. Il en refuse absolument l'ouverture. Vingt jours après, cette collection avait disparu par résorption du pus. L'abcès était-il la manifestation externe d'une

infection purulente indiquée par les deux premiers frissons? On pourrait le supposer.

II.— Le 10 novembre 1871, un homme de trente-cinq ans, d'une excellente constitution, est apporté dans ma clinique de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, salle 11, lit 34, pour un écrasement d'un pied et de ses deux malléoles. Quinze heures après l'accident, amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode à lambeaux. Drainage profond, suture profonde enchevillée par deux points avec fils d'argent, suture superficielle entortillée par quinze épingles. J'enlève les épingles le troisième jour. Chute des ligatures et ablation du drain le dixième. Le onzième jour, la guérison est complète, le malade se lève.

III. — Homme, vingt-six ans, jardinier, de faible constitution, entre le 1er avril 1870 pour être traité d'une tumeur blanche tibio-tarsienne droite.

Le 14 avril. — Amputation de la jambe au lieu d'élection, par la méthode à lambeaux externe et postérieur. Drainage profond, suture enchevillée profonde des lambeaux avec fils d'argeut, par deux points. Suture entortillée de la peau par quinze épingles.

Deux jours après, premier pansement. Le moignon est très-tuméfié, relâchement des sutures profondes, cependant la réunion de la peau est complète, et les épingles peuvent être enlevées, sauf les deux épingles extrêmes.

Le quatrième jour, deuxième pansement. Lymphangite légère de la cuisse, mais cette complication n'a pas de suite ; la réunion paraît complète dans toute l'étendue du moignon, les sutures profondes sout enlevées. La suppuration s'écoule facilement par le drain. Le 22, la suppuration a beaucoup diminué ; trois jours après, le onzième jour après l'opération, chute de toutes les ligatures et sortie du drain ; légère compression et occlusion par un pansement ouaté. La guérison est désormais complète, et le lendemain le malade se lève.

IV. — Homme, trente ans. Tumeur blanche du genou gauche, amputé de la cuisse à la partie inférieure, par M. Lanelongue, suppléant de clinique en mai 1870.

Drainage profond, double suture. Pansements rares. La réunion de la peau et des lambeaux est complète après quinze jours, sauf un trajet fistuleux qui persiste au milieu du moignon. Ce trajet fistuleux

donne issue, après plus d'un mois, à une rondelle osseuse provenant de l'extrémité iuférieure du fémur nécrosé.

V. — Femme, cinquante-six ans. Mauvaise constitution. Tumeur tibio-tarsienne.

Amputée le 20 mai 1871, par M. Lanelongue, professeur suppléant de clinique.

Les artères sont ossifiées. Drainage profond, suture enchevillée par deux points.

Sept jours après, les sutures et les ligatures sont enlevées, et l'adhérence des lambeaux paraît solide. Le dixième jour les lambeaux se détachent peu à peu et les plaies d'entrée du drain se recouvrent d'une matière grise pultacée qui a les plus grands rapports avec la pourriture d'hôpital. Cet accident, dû à une contagion impossible à établir, amène sept jours après la mort de la malade.

VI. — Homme, quarante-cinq ans, constitution délabrée, entre à la salle 11, n° 8, en février 1870, pour être soigné d'un énorme ulcère circulaire avec hyperostose du tibia.

L'état général du malade est très-mauvais, le teint subictérique, les urines très-albumineuses et les parois du ventre œdématiées ; cependant le 2 juillet, sur les instances du malade, il est procédé à l'amputation de la cuisse à la partie inférieure. Deux lambeaux, drainage profond, double suture.

Le 4. — Premier pansement, les épingles sont enlevées, sauf les deux extrêmes.

La tuméfaction est nulle, les muscles du moignon inertes. Pansement à l'alcool ; régime tonique. Quatre jours après le malade succombe à l'aggravation des accidents généraux qu'il présentait avant l'opération.

L'autopsie démontre une dégénérescence amyloïde très-avancée du rein gauche.

État du moignon : la peau est cicatrisée par première intention, les lambeaux sont légèrement agglutinés. Sur le trajet du drain la suppuration commençait à s'établir.

VII. — Homme, soixante-cinq ans, marin. Forte constitution, entre le 16 avril 1870, salle 11, lit 29, pour un broiement complet de la partie inférieure de la jambe.

L'amputation est pratiquée d'urgence par le chef interne, M. Dudon.

Les artères sont très-ossifiées, les veines, très-variqueuses, donnent beaucoup de sang, et il est nécessaire de lier la veine tibiale postérieure. Drainage profond, double suture, mais les muscles demeurent flasques et le moignon livide. Le malade est très-déprimé. Pansement à l'alcool ; potion stimulante. Trois jours après, premier pansement. Le moignon tuméfié laisse écouler une grande quantité de sanie d'une odeur suspecte, aucune adhérence n'existe, les sutures sont enlevées et les lambeaux séparés par de la charpie alcoolisée. Dans la nuit du 21, frissons ; le 22, délire ; les frissons se répètent ; mort le 1er mai. A l'autopsie, phlébite de la veine crurale et de la saphène, pas d'abcès métastatique.

VIII. — Homme, trente et un ans, journalier, constitution délabrée, atteint depuis longtemps d'une hypertrophie du foie, porte une fistule intestinale dans l'aine gauche, entre, salle 11, n° 8, pour être soigné d'une tumeur blanche du genou.

Amputation de la cuisse, le 18 mai 1871, au tiers moyen. Même mode de réunion.

Le 31, enlèvement des épingles, la suture de la peau paraît solide. Le 2 juin, la suppuration est peu abondante, mais le moignon est très-tuméfié. Relâchement des sutures profondes. Pansement ouaté. Le 6, les sutures profondes sont enlevées, l'adhérence paraît suffisante; le soir, frisson violent de deux heures. Le lendemain 7, la cicatrice de la peau a cédé en plusieurs points, et pendant les jours suivants les adhérences se détruisent, et l'infection purulente se caractérise. Le malade meurt le 16 avril, le dix-huitième jour après l'opération.

A l'autopsie, la veine fémorale est pleine de pus. Abcès métastatiques du poumon.

IX. — Homme, cinquante ans, bonne constitution, salle 11, lit 18. Tumeur blanche d'une articulation tibio-tarsienne.

Amputé le 20 mai 1870, par M. Lanelongue, me remplaçant en qualité de suppléant de clinique.

L'opération est faite au lieu d'élection, à lambeaux, drainage profond, double suture.

Deux jours après l'opération, la suture superficielle étant solide, enlèvement des épingles. Le cinquième jour, sortie de la suture enchevillée. Le septième jour, chute des ligatures, sortie du drain. Pansement compressif à la ouate, le douzième jour la guérison est complète, et le malade sort de l'hôpital six jours après.

X. — Homme, vingt ans, salle 11, n° 8, tempérament lymphatique, tumeur blanche du genou.

Amputé de la cuisse le 20 octobre 1872, par M. Girard, professeur suppléant de clinique.

Drainage profond, double suture.

Ce fait est l'un des plus remarquables, le malade n'a pas eu de fièvre, et trois pansements seulement ont été nécessaires; la suppuration a été peu abondante, et la guérison était complète le dixième jour. Seize jours après l'opération, le malade quittait l'hôpital.

XI. — Jeune fille, vingt ans, bonne constitution, salle 3, n° 15, tumeur blanche du genou.

Le 15 janvier 1873, je lui fais l'amputation de la cuisse, à la partie inférieure par la méthode à lambeaux égaux, drainage profond, double suture.

Le troisième jour, sortie des épingles de la suture entortillée, sauf les deux épingles extrêmes, le sixième jour deuxième pansement, gonflement des lambeaux, relâchement de la suture profonde, la malade a eu à peine la fièvre, les ligatures tombent le neuvième jour. Deux jours après, la suppuration paraît terminée, et il est indiqué d'enlever le drain et la suture profonde. Occlusion et compression par le bandage ouaté, la malade se lève, et le quatorzième jour la guérison est complète. Malheureusement, dans les premiers jours de la convalescence, la malade fait une chute sur le parquet, l'extrémité du moignon porte sur le sol. Il survient un abcès profond qui s'ouvre tardivement et laisse un trajet fistuleux dont la cicatrisation s'est fait attendre plus de deux mois. Rentrée à l'hôpital pour une autre cause, elle a été montrée, le 11 octobre 1873, à M. le professeur Verneuil, qui a pu constater la bonne conformation de son moignon.

XII. — Femme, cinquante ans, mauvaise constitution, entre à l'hôpital Saint-André pour une tumeur tibioplastique ulcérée de la plante du pied.

Le 20 février 1873, j'ampute la jambe au lieu d'élection, à lambeaux, drainage profond, double suture.

Deux jours après l'opération survient une hémorrhagie secondaire qui détruit le tiers inférieur de la réunion de la peau et compromet l'adhérence des lambeaux à la partie inférieure du moignon. Pansements rares, légère compression avec occlusion pour entretenir les lambeaux en contact, les sutures profondes sont conservées jusqu'au

dixième jour, le drain jusqu'au vingtième, le vingt-cinquième jour seulement la guérison peut être considérée comme complète.

Nous ferons remarquer le retard apporté dans la guérison par l'hémorrhagie secondaire. Là est un enseignement que nous ferons ressortir plus tard.

XIII. — Homme, soixante-huit ans, bonne constitution, entre le 17 avril 1872, dans la clinique de M. Denucé, pour une tumeur blanche du genou.

Le 3 mai, amputation de la cuisse à la partie moyenne, à deux lambeaux, les artères sont athéromateuses, la veine fémorale a dû être liée. Drainage profond, suture enchevillée par deux points, suture entortillée, dont les épingles sont remplacées, séance tenante, par des brins de charpie collodionnée. Le lendemain légère hémorrhagie qui ne détruit pas les sutures. Deux jours après, premier pansement à l'alcool, de même les jours suivants. Vers le sixième jour, l'état général devient mauvais, l'adynamie se caractérise, la suppuration s'exagère et devient infecte, le malade succombe le onzième jour après l'opération, dans la prostration, sans avoir présenté les signes de l'infection purulente.

A l'autopsie on reconnaît que la suture superficielle s'est maintenue, et les lambeaux sont encore adhérents. Cependant les orifices par lesquels passaient les fils d'argent de la suture enchevillée sont ulcérés.

Aucune trace de phlébite ni d'abcès métastatique.

XIV. — Femme, trente-cinq ans, de faible constitution, entre dans la clinique de M. Denucé, en décembre 1872, pour une tumeur blanche du poignet.

Amputation à la partie inférieure de l'avant-bras, le 31 décembre 1872, par la méthode à manchette, avec incisions latérales, drainage profond, pas de suture enchevillée, suture superficielle à épingles remplacées, séance tenante, par des brins de charpie collodionnée.

Sortie du drain et des ligatures, le douzième jour, le dix-septième jour la guérison est complète.

XV. — Homme, dix-huit ans, bonne constitution, anévrysme cirsoïde de la main et du poignet.

Amputé en ville par M. Denucé, en novembre 1873.

L'amputation est faite à la partie moyenne de l'avant-bras par la méthode à manchette, avec deux incisions latérales.

Draiuage, suture superficielle avec des épingles, remplacée séance tenante par des brins de charpie collodionnée, la suture profonde est inutile. La guérison est complète le seizième jour.

XVI. — Homme, cinquante-six ans, mauvaise constitution, entre dans mon service pour une tumeur blanche du genou. Ce malade présente des accidents cérébraux qui font craindre la présence d'une tumeur dans le cervelet. L'amputation, bien que nécessaire, est longtemps différée; cependant les accidents cérébraux s'étant amendés, cette opération est faite le 9 novembre 1873.

Amputation de la cuisse à la partie moyenne. Deux lambeaux, suture profonde, drainage.

Deux jours après le 11, premier pansement; les sutures profondes sont relâchées, et bien que l'adhésion de la peau paraisse accomplie, les épingles sont laissées en place. Ce pansement est fait devant M. le professeur Verneuil, qui peut constater l'excellent état du malade et la conformation du moignon.

Deux jours après, toutes les épingles sont enlevées, pansement ouaté.

Le 17, j'enlève les sutures profondes. Il s'est fait, au niveau de la quatrième épingle inférieure, un petit abcès de la grosseur d'une noix; il est superficiel, et son ouverture n'entraîne pas la destruction des sutures; la suppuration, peu considérable, du reste, s'écoule par la partie inférieure du drain. Les jours suivants, la suppuration est presque nulle, et les fils à ligature tombent, sauf le principal, qui est celui de l'artère fémorale. Celui-ci ne se détache que le 30, et le drain est enlevé le même jour. Légère compression sur le bandage ouaté; la guérison est complète le vingtet unième jour.

La chute tardive du fil de la fémorale a fait attendre la guérison. Il est certain que, sans cette complication, le malade eût été guéri huit à dix jours plus tôt.

Du reste, ce retard s'explique. J'ai le souvenir que l'artère fémorale avait été coupée dans l'anneau du troisième adducteur, et que l'anse qui l'ulcéra contenait une certaine quantité de tissu fibreux.

Ici je ferai une remarque qui a, je crois, son importance. En ôtant le drain, je l'ai fendu, et j'ai examiné le pus qu'il contenait; tout le calibre était absolument rempli par un pus homogène, épais et crémeux. Ce pus, sans nulle odeur, ne présentait aucun caractère de putridité; en un mot, il était en tout semblable à celui qui, sortant des profondeurs du tissu cellulaire ou du sein, n'a pas encore subi le contact de l'air.

Je me propose, à la première occasion, de rechercher au microscope s'il contient ou non les éléments animaux qui dénotent la putridité. D'après les caractères extérieurs, je ne saurais le croire. L'absence de putridité du pus n'est certainement pas étrangère à la rapidité de la guérison et au petit nombre d'accidents qui suivent les opérations faites par cette méthode.

XVII. — Enfant de dix ans, amputé de l'avant-bras par M. Labat, chirurgien de l'hôpital des Enfants, pour une tumeur blanche de l'articulation du poignet.

Suture enchevillée par un point; suture entortillée par une dizaine d'épingles. L'affrontement est complet, sans drainage, et la guérison par première intention tentée. La réussite est complète. Le malade est guéri le cinquième jour après l'opération.

XVIII et XIX. — M. Labat me communique verbalement deux faits d'amputation de jambes pour causes traumatiques.

Les deux malades ont guéri du douzième au quatorzième jour, sans accident, par la combinaison du drainage profond avec la double suture. Déjà le chirurgien avait eu de nombreux succès, en combinant chez ses amputés le drainage profond avec l'ergotine. Il est, je crois, le premier qui, à Bordeaux, ait appliqué le drainage aux plaies d'amputation. Il a rapporté à l'ergotine tout l'honneur de ses guérisons; ne pourrait-on pas donner au drainage la meilleure part de ses succès?

XX. — Homme, vingt-sept ans, bonne constitution, entre à l'hôpital Saint-André, salle 3, pour une tumeur fibro-plastique du tibia.

Amputation de la cuisse à la partie inférieure, faite par M. Dudon, professeur suppléant de clinique. Deux lambeaux, hémorrhagie veineuse considérable. Il est nécessaire de lier la veine fémorale. Drainage, double suture, pansements rares, la guérison est complète le vingtième jour.

XXI. — Homme, dix-neuf ans, charretier. Salle 11. Écrasement de la jambe gauche.

Amputé à la partie inférieure de la cuisse. Deux lambeaux, double suture, comme dans l'observation précédente.

Le malade meurt d'infection purulente le seizième jour.

XXII. — Homme, trente-sept ans, forte constitution, est apporté

dans le service des payants, à la suite d'un accident de chemin de fer en janvier 1871.

Fracture comminutive d'une jambe avec plaie et issue des fragments.

M. Dudon, chef interne, tente la conservation ; tout va bien pendant les premiers temps, mais, après dix-huit jours, la suppuration s'écoulant mal, et le malade ayant eu quelques frissons, M. Dudon fit l'amputation de la cuisse. Deux lambeaux, drainage, double suture. La réunion ne se fait qu'incomplétement, et il reste un trajet fistuleux large et profond. Bientôt des signes d'ostéo-myélite du fémur deviennent manifestes ; le malade s'affaiblit de jour en jour. Le 28 juin, six mois après l'amputation, M. Dudon fait l'ablation d'un séquestre du fémur, de 10 centimètres de long. Le malade succombe le 20 août à l'infection putride et au marasme.

L'autopsie n'a pu être faite.

Existait-il, vu la gravité de l'accident qui avait amené les fractures, une fêlure du fémur, avant l'amputation, fêlure qui a provoqué l'ostéo-myélite dont les suites ont été mortelles. Il est permis de le supposer.

Le drainage profond et la parfaite occlusion des grandes plaies sont applicables, non-seulement aux amputations, ainsi que les faits précédents le démontrent, mais aussi aux grandes plaies qu'amène l'ablation des tumeurs. Ici la suture profonde est en général impossible, et l'on peut se contenter du drainage et de la suture entortillée avec ou sans charpie collodionnée et faite avec le plus grand soin.

En voici quelques exemples.

XXIII. — Femme, cinquante-cinq ans, bonne constitution. Grosse tumeur cancéreuse du sein, non adhérente, ablation en décembre 1873. Drainage, suture superficielle entortillée par quinze épingles, qui sont enlevées le quatrième jour ; pansements tous les deux jours. Le dixième jour, la suppuration paraissant presque tarie et le recollement obtenu, sauf le trajet du drain, j'enlève celui-ci et je fais la compression avec un tampon d'ouate. Mais, trois jours après, la malade est prise de la fièvre qu'elle n'avait pas eue encore, et un abcès assez considérable se développe au-dessous de l'angle externe et inférieur de la plaie : le drain avait été trop tôt enlevé, et le pus, dont la source n'était pas tarie, avait fusé dans la profondeur des tissus. L'abcès a été ouvert, et la malade a guéri le vingtième jour. Ce fait a son enseignement.

XXIV. — Femme, quarante ans, belle constitution. Grosse tumeur cancéreuse du sein, non adhérente. Ablation en mars 1874. Fait analogue au précédent, sauf la rapidité de la guérison, qui a été complète le quatorzième jour.

XXV. — Homme, quarante-six ans, forte constitution, entre dans le service de M. Denucé pour une grosse tumeur fibro-plastique profonde du mollet. Ablation le 8 novembre 1873. Incision de 18 centimètres de long. L'hémostase est longue et difficile, il est nécessaire de lier un grand nombre de vaisseaux de tout calibre. Drain, suture entortillée par vingt épingles, remplacée séance tenante par une cuirasse de collodion; pansement ouaté. Huit jours après, premier pansement. Pendant ce temps la température n'a pas dépassé 38 degrés. Le dix-septième jour, le drain peut être enlevé, la suture est solide, malheureusement l'orifice inférieur se ferme le premier et le pus s'accumule. La guérison du trajet du drain est ainsi retardée jusqu'au 24 décembre, époque à laquelle le malade peut quitter l'hôpital. Nous ferons remarquer que, depuis le dix-septième jour, la vaste cavité faite par l'opération était réduite au seul trajet du drain.

XXVI. — Femme, quarante-deux ans, service de M. Denucé, porte une tumeur du sein, de dimension moyenne.

Extirpation le 22 novembre 1873. L'incision a 10 centimètres de long. Drain, suture collodionnée, pansement ouaté. Le 8 décembre, seizième jour, sortie du drain; le malade n'a eu ni fièvre ni accidents généraux d'aucune espèce. Huit jours après survient une complication, un petit abcès détruit un centimètre de la suture vers son milieu. La guérison continue sa marche, et les parois de la cavité faite par l'opération demeurent adhérentes. Sortie le 3 janvier. La guérison, par suite de cette complication, n'a été définitive que le vingt-huitième jour.

L'exposé d'observations qui précède est certainement incomplet au point de vue de ma pratique et de celle de mes confrères de Bordeaux. Plusieurs faits, sur lesquels il n'a pas été pris de notes, m'ont nécessairemeut échappé; je crois cependant que la relation sincère de tous ceux que j'ai pu recueillir avec des garanties de certitude, représente parfaitement l'état de la question.

J'ai tout rapporté, insuccès et succès; mais si le chiffre des derniers est suffisant pour engager à suivre notre exemple, il ne permet pas encore d'établir une statistique définitive : là, du reste, n'est pas ma prétention.

A Lyon, dans la discussion qu'a provoquée mon exposé verbal, M. Fochier a appuyé de sa pratique les idées que je défends, à l'hôpital de la Croix-Rousse, il fait, comme moi, la suture profonde et la suture superficielle ; seulement, au drain, il préfère une mèche.

M. Courty, l'éminent chirurgien de Montpellier, guidé par les mêmes principes généraux, sans rechercher la réunion immédiate, s'applique à unir le plus possible les tissus qui peuvent être réunis. Il fait la suture entortillée avec deux ou trois larges boutons, et assure, par une gouttière, l'immobilité des lambeaux. Il compte de nombreux succès.

En résumé : 26 grandes opérations, 19 guérisons rapides, 7 morts. Ces opérations se décomposent ainsi : 22 amputations, 4 ablations de tumeurs volumineuses.

Sur les 22 amputations, 11 de cuisse, 8 de jambe, 3 d'avant-bras.

Les 11 amputations de cuisse ont donné 6 guérisons. En quinze, vingt et un, dix, quatorze, vingt, vingt et un jours, et 5 morts, dont 2 d'infection purulente, les 3 autres morts sont indépendantes de l'amputation.

Les 8 amputations de jambe ont donné 6 guérisons, en onze, douze, vingt-cinq, onze, douze, quatorze jours et 1 mort de commotion traumatique, 1 mort de pourriture d'hôpital.

Les 3 amputés d'avant-bras ont donné 3 guérisons, en cinq, seize, dix-sept jours.

Sur les 22 amputations, 17 ont été faites pour des lésions chroniques, 5 pour cause traumatique.

Elles ont donné 15 guérisons et 7 morts.

Les 7 décès portent sur 5 amputations pour lésions chroniques et sur 2 amputations traumatiques.

Les 4 ablations de tumeur ont donné 4 guérisons, en vingt, quatorze, trente, vingt-huit jours.

II.

Voici comment je pratique le drainage et la double suture qui donnent à Bordeaux les succès remarquables que je viens de raconter.

S'il s'agit d'une amputation, nature d'opération à laquelle s'applique plus particulièrement ce mode d'agir, l'opération doit être faite à lambeaux à peu près égaux. L'hémostase demande un soin particu-

lier, et je lie toutes les artères, les ligatures faites, je laisse le moignon exposé à l'air pendant quelques instants.

On comprend que toute hémorrhagie secondaire détruirait les sutures et retarderait la guérison. La malade qui fait le sujet de l'observation XII n'a guéri que le vingt-cinquième jour, par suite d'une complication de cette nature.

Cela fait, je procède à l'occlusion de la plaie.

Je place sur le côté de l'os ou des os, plutôt à la partie inférieure, un gros drain dont les bouts réunis en anse sont fixés sur le membre. Il est bon de laver au préalable le drain dans l'eau chaude pour lui enlever l'excès de sulfure de carbone, rien ne peut remplacer ici la belle invention de notre collègue M. Chassaignac. Cela fait, un aide affroute les lambeaux dans toute leur étendue, et je les fixe par un, deux ou trois points de suture enchevillée, suivant la grosseur du membre. Cette suture demande quelques soins. Je me sers d'un fil d'argent double, fixé comme d'usage à un fragment de sonde de gomme élastique, et je transperce les lambeaux à leur base par une aiguille longue et forte, les deux chefs du fil sont tordus et non arrêtés sur le deuxième fragment de sonde. Cette torsion donne la possibilité de relâcher la suture profonde en détordant les fils, dans le cas le plus ordinaire de gonflement des lambeaux entre le deuxième et le sixième jour. L'expérience m'a démontré la nécessité de ce relâchement. Les points de suture enchevillée sont en général placés à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la ligne de section de la peau.

Deux fois je me suis servi, pour exécuter ce temps, d'un instrument spécial destiné à remplacer la suture profonde; c'est une sorte de pince à mors transversaux, munis de petites pointes, qui demeure fixée par la pression d'un ressort, lequel, par son élasticité, permet le gonflement des tissus. Mais cet instrument rendant le pansement difficile, j'ai renoncé à son usage. L'idée étant donnée, on pourrait peut-être la réaliser d'une façon plus pratique. Il y aurait quelque avantage à éviter la perforation complète de la base des lambeaux; cependant, je dois le dire, je n'ai jamais vu le pus des profondeurs du moignon s'écouler par le petit conduit des fils d'argent, et, une fois seulement, les orifices extérieurs se sont ulcérés dans les derniers jours de la vie d'un amputé.

Les lambeaux solidement affrontés et unis, je fais une suture entortillée de la peau avec le même soin qu'une suture de la face après une autoplastie. Douze à quinze épingles sont nécessaires à la jambe, vingt à vingt-cinq à la cuisse.

Je ne laisse aux extrémités que le passage le plus étroit possible du drain et des ligatures.

Ici M. Denucé met en usage une modification heureuse, il place entre les points de suture des brins de charpie imbibés de collodion; lorsque celui-ci est sec, il enlève les épingles, passe sur le tout une ou plusieurs couches de collodion, et la suture devient ainsi très-solide. En agissant ainsi, il est inutile de défaire le pansement trop tôt dans le seul but d'enlever les épingles.

L'occlusion étant ainsi complète, je procède au pansement proprement dit; pour éviter l'ulcération ultérieure de la peau, j'enduis celle-ci d'une couche épaisse de cérat dans les points où se déverseront les orifices du drain, je recouvre d'ouate les plaies supérieures et inférieures, seules ouvertures qui puissent faire communiquer le fond de la plaie avec l'extérieur, par dessus le tout j'applique le bandage le plus léger possible, et je recommande au malade le repos le plus absolu du moignon. J'ai employé pour les pansements subséquents, qui sont les plus rares possibles, la glycérine et l'alcool, mais, je dois le dire, l'occlusion étant déjà bien faite, le pansement proprement dit a pour moi peu d'importance. La fièvre traumatique manque presque toujours, ou elle est insignifiante; le malade souffre peu ou pas. Si, comme il est d'usage, l'opération doit avoir une suite heureuse, la tolérance du malade après une grande amputation est un sujet d'étonnement.

Deux ou trois jours après, j'enlève les épingles, laissant le plus souvent les deux épingles extrêmes jusqu'au pansement suivant, et si les lambeaux sont tuméfiés, ce qui arrive dans les deux tiers des cas environ, je détors les fils d'argent des sutures profondes, et j'écarte les chevilles l'une de l'autre, l'emploi de la suture collodionnée permet de retarder le pansement. On doit néanmoins se préoccuper du gonflement possible des lambeaux.

Pendant les deux ou trois premiers jours, il s'écoule par le drain une grande quantité de sérosité, celle-ci est bientôt remplacée par le pus, qui, vu la rareté des pansements, pourrait ulcérer la peau, si elle n'a été enduite d'un corps gras. Je suis daus l'usage de placer à la partie inférieure du moignon, pour absorber les liquides, une masse de charpie qu'il est possible d'ôter chaque jour sans défaire le pansement tout entier. Cet artifice opératoire est d'une exécution facile.

Je repousse absolument toute injection détersive ou autre dans la cavité du drain, et je recommande de ne lui imprimer aucun mouvement. J'ai la certitude que ces injections sont nuisibles, soit en apportant dans les profondeurs du moignon des corps étrangers,

soit en agrandissant le canal qui contient le drain, canal qui doit l'enserrer le plus étroitement possible, là est une condition du succès.

Les liquides du moignon s'écoulent par le drain, lentement, comme poussés par le *vis à tergo*, et si le moignon demeure en repos, l'air ne peut pas pénétrer dans les profondeurs de la plaie.

La pensée que ces liquides doivent s'écouler lentement au fur et à mesure de leur sécrétion m'a fait rejeter la mèche profonde que recommande M. Fochier, de Lyon. Je craindrais que celle-ci ne fît parfois l'office d'un bouchon. L'examen que j'ai fait du pus contenu dans un drain que je venais d'enlever me fait croire, je l'ai dit plus haut, que dans les profondeurs du moignon ce liquide n'a aucun caractère de putridité.

L'enlèvement des sutures profondes par la section des fils d'argent au ras de la peau se fait du cinquième au septième jour. A ce moment, en effet, en général l'adhérence des lambeaux est faite, on la reconnaît à la disparition du gonflement inflammatoire qui est quelquefois très-peu marqué. Tout chirurgien pourra du reste apprécier l'opportunité de cette manœuvre. Il appréciera aussi le moment où la guérison étant complète, il peut enlever le drain; tout d'abord cela n'est possible qu'après la chute des ligatures qui a très-rarement lieu avant le neuvième jour. L'état de souplesse du moignon et la diminution de la suppuration seront des indices suffisants. Il est clair que le drain ne peut être enlevé que lorsque son trajet est la seule plaie qui reste encore à cicatriser. Je ne parle pas des orifices, même lorsqu'ils sont ulcérés, leur cicatrisation est sans importance.

Le drain ôté, une légère compression du moignon ou de la plaie est utile pour affronter les parois de son trajet. Dans ce but le pansement ouaté bien fait, qui unit la compression à l'occlusion, doit être préféré. A ce moment la guérison est complète.

Dès ce jour qui a varié du dixième au vingt-cinquième après l'opération, je fais lever mes opérés et les fais sortir de l'hôpital le plus tôt possible.

Je terminerai par une remarque faite sur la plupart de mes amputés après trois ou quatre ans : j'ai constaté que leurs moignons demeuraient épais et bien nourris. La raison en est simple : par suite de l'adhérence des muscles qu'obtient la suture profonde en avant de l'extrémité osseuse, celle-ci demeure couverte d'une couche épaisse et solide dont la rétraction lente est impossible; par suite la conicité si commune après les amputations circulaires est forcément empêchée.

Bien que la méthode que je viens d'exposer soit la meilleure pour obtenir la réunion par première intention, si du moins on en supprime le draiuage (voir l'observation XVII, de M. Labat), je n'ai pas l'idée de poursuivre cette chimère dans son entier. Je ne crois pas qu'en principe le chirurgien doive rechercher ce succès.

J'ai seulement voulu réunir par première intention les tissus similaires qui peuvent être unis de cette manière, la peau avec la peau, les muscles avec les muscles. Quant aux os qui, sauf exception, doivent suppurer et bourgeonner, j'ai facilité de mon mieux par le drainage l'écoulement des sécrétions. Par le repos du drain et du moignou, par la solidité et la perfection des sutures, j'ai protégé contre l'air extérieur la plaie réduite autant qu'il est possible, et j'ai facilité la cicatrisation. Je crois avoir ainsi réalisé la meilleure des occlusions. Du reste quoi de plus facile, si, l'on a des doutes, que de compléter cette occlusion opératoire par le pansement ouaté qui devient la meilleure protection de la plaie réduite. J'ajouterai qu'avec la suture collodionnée de M. Denucé, et après la détorsion des fils d'argent, qui n'est pas toujours nécessaire, le chirurgien pourrait ne panser son opéré qu'une seule fois. J'ai réussi sans cette précaution; mais, dans un milieu entièrement insalubre, je l'emploierais sans hésiter.

La question du milieu soulève une objection qui me sera faite ici, et qui a été déjà présentée à Lyon par MM. Verneuil et Ollier.

J'ai pu réussir à Bordeaux dans un hôpital relativement sain, mais cette méthode échouerait dans d'autres hôpitaux où toute réunion par première intention est plus dangereuse qu'utile.

Je répondrai d'abord qu'on ne fait pas des amputations seulement dans les grands hôpitaux. On en fait en ville, à la campagne et dans des hôpitaux notoirement plus salubres que celui de Bordeaux, qui, quoi qu'on en dise, est bien loin de la perfection. Dans ces conditions, cette méthode devrait mieux réussir encore.

D'autre part, que craint-on dans les grands hôpitaux de Paris et de Lyon? On craint précisément l'influence sur les grandes plaies de l'air ambiant considéré comme le véhicule de certaines contagions. L'occlusion ouatée qui réussit à Paris et à Lyon avec ou sans appareil inamovible a des succès, surtout parce qu'elle défend la plaie contre le milieu. Eh bien, l'occlusion que nous employons à Bordeaux n'est qu'un mode de protection de plus ; j'ajouterai qu'elle apporte avec elle la rapidité de la guérison. Or cette rapidité a son prix, car l'influence délétère du milieu agit sur l'opéré, non-seulement par la plaie, mais aussi et au moins autant par la respiration.

Si l'occlusion, rendue ainsi la plus parfaite possible a ces mérites singuliers, la solidité du pansement a, dans certaines circonstances, une valeur non douteuse.

Il est des cas nombreux, particulièrement dans la chirurgie militaire où le déplacement des amputés est une nécessité. Alors les sutures solides permettent leur transport sans douleur ni danger.

Ici j'insisterai sur l'importance de la suture profonde, sa solidité assure le moignon, non-seulement contre les mouvements communiqués, mais contre ceux du malade lui-même.

J'en puis donner la preuve ; un chirurgien fait une amputation de cuisse à lambeaux avec drainage et tente la réunion seulement par la suture entortillée, sans suture profonde des lambeaux. Le malade s'étant agité, la réunion de ces derniers ne s'est pas faite, dès lors la réunion de la peau, qui avait été obtenue dès le deuxième jour, a été bientôt détruite par le pus, et le malade est mort d'infection purulente. Avec la suture profonde il fût peut-être mort ; de même, aussi, je ne déduis de ce fait qu'un enseignement, c'est que l'adhésion profonde et solide des lambeaux ne peut être obtenue que par la suture enchevillée, et qu'elle est la condition capitale de la rapidité de la guérison.

Si la méthode que je viens d'exposer doit porter un nom, celui de méthode de l'hôpital Saint-André de Bordeaux la désignerait plus justement que toute autre; elle est en effet une œuvre commune à la plupart des chirurgiens de cette maison. Aucun de ses éléments n'est nouveau, leur réunion seule peut être considérée comme nouvelle. Ces éléments ont des origines diverses : ainsi M. Labat a apporté le drainage profond, M. Dudon la double suture, M. Denucé a perfectionné la suture superficielle, tous nous avons amélioré soit l'ensemble, soit les détails de ces pratiques, et, en ce qui me concerne, je cherche à perfectionner encore une méthode qui nous donne chaque jour des résultats si précieux.

Dans l'intérêt de la science, dans celui des malades, j'ai le désir que d'autres suivent notre exemple et contrôlent notre expérience. Rien ne serait plus facile. C'est dans ce but que j'ai pris la parole devant la Société de chirurgie de Paris, qui réunit les praticiens les plus considérables, ceux qui font le plus grand nombre de grandes opérations.

Nul doute qu'entre leurs mains, tout en tenant compte des conditions différentes du milieu, cette méthode ne réussisse comme entre les nôtres. Nul doute même qu'ils n'y apportent des modifications heureuses qui, jusqu'à ce jour, ont pu nous échapper.

ÉLECTIONS

Après cette lecture, la Société est appelée à voter sur la demande de M. Dolbeau, tendant à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire de la Société de chirurgie. Le résultat du scrutin est le suivant :

Nombre de votants : 19.

Oui.	15
Non.	2
Bulletins blancs.	2

En conséquence, M. Dolbeau est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

La Société est appelée à élire trois membres composant la commission chargée de présenter un rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante. Sont élus pour composer cette commission : MM. Ledentu, Tillaux et Panas.

DISCUSSION

M. DUBRUEIL a mis en usage, dans un cas, un procédé de pansement analogue à celui que recommande M. Azam, c'est-à-dire qu'il a appliqué deux sutures superposées. D'ailleurs, cette pratique a été proposée, il y a une dizaine d'années, dans un mémoire de M. Bouisson, qui lui doit des succès, et elle a été employée également par M. Giraldès, qui paraît avoir été moins heureux. Quant à M. Dubrueil, qui, il est vrai, n'a point posé de drain dans le fond de la plaie, il a obtenu la réunion de la peau, mais non celle des parties profondes ; il s'est produit de la suppuration, qui l'a obligé de désunir de nouveau les tissus raccolés, et qui a conduit le malade à la mort par infection purulente.

M. AZAM répond qu'il considère le drainage de la plaie comme un élément très-important de sa méthode de pansement. Du reste, cet élément, non plus que la double suture, n'est point nouveau; c'est la réunion de la suture profonde avec le drainage, dont M. Azam revendique la priorité pour l'École de Bordeaux, et à laquelle il attribue les bons résultats qu'il a obtenus.

M. LÉON LE FORT. Je ne puis partager complétement l'opinion si favorable de notre collègue M. Azam sur la méthode de pansement qu'il nous soumet. Comme elle n'est nouvelle ni dans chacune de ses

parties séparément, ni même dans son ensemble, je ne saurais lui accorder le nom de méthode de l'hôpital Saint-André. Malgré les bons résultats qu'elle a produit, je n'en suis pas partisan, et cette opinion n'est pas une appréciation *à priori*, elle résulte de mon expérience personnelle.

Pour des motifs que je vous dirai tout à l'heure, j'ai recherché la réunion profonde des plaies d'amputation, et tout naturellement j'ai songé à passer à travers du moignon et assez près de l'os, deux fils métalliques, que je serrais sur une sonde ou un rouleau de diachylon transversalement placés. Or il m'a paru, lorsque j'ai eu recours à ce moyen, il y a cinq ou six ans, que le fil, même métallique, faisait quelquefois office de corps étranger et nuisait à la réunion. J'y ai donc renoncé pour y substituer la pression extérieure exercée au moyen de compresses transversalement placées et soutenues par deux attelles transversales de bois, de carton ou de gutta-percha. Je n'insiste pas sur cette méthode, que j'ai décrite et figurée dans mon édition du *Manuel de médecine opératoire*, de Malgaigne.

J'ai recherché la réunion profonde, parce que je suis convaincu que la suppuration des parties en contact avec l'os, que la suppuration de l'os lui-même exposent au développement de l'infection purulente *spontanée* ou *primitive*. En réunissant par première intention le fond de la plaie, on est, lorsque cette réunion s'effectue (et on l'obtieut presque toujours quand on la cherche convenablement) à l'abri de l'infection purulente *primitive*. Quand à l'infection purulente *communiquée*, à celle qu'on transporte si facilement par les éponges, la charpie, les soudes, les pinces à pansement, on s'en débarrasse quand on le veut bien, et depuis cinq ans, sans même en excepter la période de la Commune, je ne connais plus les prétendues épidémies d'érysipèle et d'infection purulente. Or je reproche au drain qu'emploie M. Azam d'empêcher précisément cette réunion profonde, puisque le drain est placé entre l'os et la suture profonde. Ce qu'obtient M. Azam, ce n'est pas la réunion profonde, c'est la réunion intermédiaire au fond et à la superficie de la plaie.

Cependant l'usage de ce drain est rendu indispensable par l'emploi de la réunion superficielle exactement faite, et c'est cette suture superficielle que je repousse : 1° parce qu'elle est mauvaise par elle-même; 2° parce qu'elle oblige à l'usage du drain.

J'ai renoncé à la suture de la peau, et c'est par erreur de graveur que la figure placée dans le manuel de Malgaigne porte des points de suture. Elle présente, en effet, de graves inconvénients. Quand on l'emploie seule, elle a le grave inconvénient de s'opposer à

tout écoulement de liquide, et si le fond de la plaie ne se réunit pas, on a, pour me servir d'une expression vulgaire, enfermé le loup dans la bergerie. Elle est dangereuse, même avec la réunion profonde, car si cette réunion n'est pas obtenue, les inconvénients que je viens de rappeler se reproduisent. Or cette réunion profonde échoue quelquefois, surtout lorsque, pour des amputations pour cause pathologique, on opère sur des parties molles malades. Dans une des observations que nous a lues M. Azam, on voit, en effet, un des abcès se former dans l'un des angles de la plaie, sous la cicatrice cutanée.

Il est vrai que, pour éviter ce danger, M. Azam emploie le drain. En cela, il est d'accord avec la pratique de beaucoup de chirurgiens, et ce qui peut lui montrer que ce moyen n'est nullement nouveau, c'est qu'il est décrit dans les auteurs classiques américains et anglais; Gross et Lister, et même Lister, dans l'article AMPUTATION du *System of Surgery*, de Holmes, consacre une page à montrer la nécessité du drain quand on a recours à la suture superficielle.

J'ai renoncé à la suture superficielle, parce qu'elle est dangereuse dans les cas où la réunion profonde n'est pas obtenue; parce que la réunion des bords de la plaie n'a pas d'importance lorsqu'on a pu obtenir la réunion profonde; la plaie des parties molles, lorsqu'elle est séparée de l'os par la réunion de tout le fond de la plaie, ne pouvant être le point de départ d'une infection purulente primitive. C'est surtout cette réunion superficielle que je reproche au procédé de M. Azam; elle est dangereuse par elle-même, et elle a l'inconvénient de nécessiter l'emploi d'un drain, qui empêche la véritable réunion profonde.

Quant aux résultats obtenus, je ne puis dire que ceci : Certes, nous ne sommes pas dans un bon milieu dans nos hôpitaux, mais les résultats de ma pratique hospitalière, grâce aux pansements humides avec enveloppement, grâce au pansement compressif pour la réunion profonde, même en y comprenant la période de la Commune, sont supérieurs à ceux que nous présente M. Azam, puisque sur 7 amputés de cuisse et 6 amputés de jambe au lieu d'élection, je n'ai eu que 3 morts. Sans doute, le nombre des cas est peu considérable, mais cela est dû à ce que je suis résolûment et énergiquement conservateur en chirurgie et que (sans vouloir faire aucune allusion à la pratique de nos collègues de Bordeaux, puisque je n'ai pas connaissance des observations), je préfère une ankylose obtenue après un long traitement à une amputation, quelle que soit la rapidité avec laquelle on obtienne la guérison.

M. LEDENTU a présenté au mode de pansement de M. Azam, lors du dernier congrès de Lyon, une objection relative au milieu ; il a fait aussi des réserves en faveur du pansement ouaté de M. Guérin.

M. Ledentu a essayé récemment la combinaison du drainage et du pansement ouaté ; c'est sur un enfant du service de M. Demarquay, auquel il dut pratiquer l'amputation du bras, par suite de gangrène déterminée par un appareil de fracture trop serré. L'opération fut faite à deux lambeaux et un drain placé à la base des lambeaux. Une série de sutures réunit les parties superficielles, et l'on appliqua le pansement de M. Guérin. Cet appareil resta en place trois semaines, après lesquelles on trouva la réunion parfaite extérieurement, probablement elle existait aussi dans la profondeur. Le tube fut enlevé, et une légère compression exercée sur le moignon. Huit à dix jours après, la réunion était complète.

M. Ledentu n'a pas eu recours à la suture profonde, parce qu'elle lui paraît exiger une surveillance très-active, et que l'étranglement qu'elle peut produire peut faire craindre le sphacèle.

M. AZAM répond à M. Le Fort, que le drain est disposé de façon à ne pas permettre à l'air de pénétrer dans la plaie. Le danger de la suture superficielle lui paraît peu grave ; en général, quand une collection de liquide se produit dans la profondeur, cette suture échoue ou cède sur un point. Quelquefois, cependant, M. Azam a été obligé de détruire partiellement la réunion qui s'était produite. La crainte des hémorrhagies secondaires oblige à faire les ligatures avec beaucoup de soin, car il est extrêmement important d'obtenir la réunion profonde ; mais on l'obtiendra toujours si la suture est solide et l'immobilité parfaite. La statistique de M. Azam ne constate aucune mort imputable à l'opération. La méthode de pansement qu'il préconise, et à laquelle il propose de donner le nom de méthode de l'hôpital Saint-André, lui a donné de meilleurs résultats que les autres méthodes. C'est pour engager les chirurgieus de Paris à l'essayer comme on a fait à Bordeaux, qu'il est venu en parler à la Société de chirurgie. M. Azam est disposé à penser que le malade de M. Ledentu aurait été guéri plus vite si l'on avait laissé le pansement ouaté moins longtemps en place.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN pense que les lésions produites par la scie sont de nature à empêcher la réunion entre l'os et les parties molles, et qu'il serait désirable que l'os pût être coupé comme une branche d'arbre.

M. PANAS assure qu'il a pansé des malades, il y a une dizaine d'années, comme le fait M. Azam. On sait que M. Denonvilliers pré-

conisait la suture profonde, et qu'elle était appliquée aussi par Jobert, qui obtenait fréquemment la réunion immédiate des lambeaux. Quant à la réunion superficielle, M. Panas la trouve peu avantageuse. Aussi a-t-il coutume de laisser ouvert le quart antérieur de la plaie, ce qui permet d'exercer une surveillance attentive.

Pour ce qui est du drainage, M. Panas fait observer qu'il est usité depuis longtemps en Angleterre et en Allemagne. Il demande s'il est avantageux de le combiner avec la suture profonde. Après avoir essayé cette combinaison, il a été forcé d'y renoncer. Soit qu'il ne produise des résultats consécutifs, soit que la suture profonde échoue, il se forme un cloaque entre la surface de la section de l'os et les parties molles, ce qui oblige de mettre tout à découvert. En substituant à cette méthode celle des pansements au coton, il a vu « s'opérer un changement radical dans les résultats ». C'est donc à ceux-ci que M. Panas donne la préférence. Peut-être la différencs entre le milieu de Paris et celui de Bordeaux explique-t-elle les succès de la méthode dans cette ville et ses insuccès dans la première.

M. MARJOLIN insiste sur l'importance considérable des milieux dans lesquels se trouvent les malades. Il voudrait que cette question fût mise à l'ordre du jour de la Société. Il faut remarquer que la présence d'un corps étranger dans une plaie est une circonstance fâcheuse, et que les piqûres multiples nécessitées par la suture contribuent à l'irriter. Pour éviter l'étranglement que peut déterminer le pansement, il faut laisser des ouvertures. A propos du fait rapporté par M. Ledentu, M. Marjolin rappelle le danger que présente l'attelle dorsale mal appliquée dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rappelle le mémoire dans lequel il a signalé le danger auquel vient de faire allusion M. Marjolin, ainsi que la rigidité des doigts consécutive à l'application des bandages serrés, comprimant la face dorsale du poignet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire : MARC SÉE.

SÉANCE DU 8 JUIN 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine;

2° Une brochure intitulée : *De la congestion pulmonaire de nature arthritique*, par le docteur Collin;

3° Une observation manuscrite de désarticulation de l'épaule, par le docteur Vast, chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry-le-François, candidat au titre de membre correspondant.

4° Une thèse sur les hernies inguinales chez les petits enfants, par M. le docteur Rigabert.

M. LE FORT. A propos du procès-verbal, je tiens à rapporter à la Société, bien qu'il soit peu habituel de relater les faits qui peuvent se passer en dehors des discussions, le résultat d'une conversation que j'ai eue hier avec M. Azam, et de laquelle il ressort que la réunion immédiate des parties profondes rendue sinon impossible, au moins des plus difficiles par le drain qui les désunit, peut être obtenue à l'aide d'un pansement compressif, qui m'a souvent donné les meilleurs résultats.

COMMUNICATION

De la pathogénie de la grenouillette aiguë. — M. TILLAUX. Je vais entretenir la société d'une question bien limitée, quoique non encore absolument élucidée; je veux parler de la grenouillette. Cette affection revêt habituellement deux formes : tantôt c'est une petite tumeur située dans le plancher de la bouche, à marche lente; c'est la grenouillette chronique. Son siége a été longtemps l'objet de longues discussions, et j'ai formulé moi-même, il y a déjà longtemps, une théorie relative à cette question; c'était, dans mon opinion, un kyste résultant de la dilatation d'un des conduits oblitérés de la glande sublinguale. En admettant que cette théorie soit applicable à

la grenouillette chronique, je me vois absolument forcé d'y renoncer pour ce qui regarde la grenouillette aiguë à marche rapide, à développement brusque et pour ainsi dire instantané. J'apporte à la société quelques observations relatives à cette forme. Dans l'une d'elles, nous voyons le fait d'un ouvrier qui, après s'être couché en parfaite santé, se réveille, à trois heures du matin, avec une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, soulevant la langue, la collant pour ainsi dire au palais et menaçant de l'asphyxier. Voici, dans une autre observation, une cuisinière qui est prise d'accidents analogues au milieu de l'escalier, qu'elle descend pour aller acheter quelques denrées; une autre femme sent le plancher de sa bouche brusquement envahi en se chauffant au coin du feu, à huit heures du soir, après une journée absolument tranquille. Quelle est l'explication de ces phénomènes si brusques? C'est ce qui a fait l'objet des recherches d'un certain nombre de chirurgiens, et de mes investigations propres. Et tout d'abord, quel est le liquide contenu? Il est filant, épais, analogue à la salive, et bien que l'analyse faite par M. Méhu du liquide provenant d'un des cas précités, ne soit pas absolument affirmative relativement à la composition chimique de ce liquide; je crois qu'on peut conclure entre la salive et lui à la plus grande analogie.

Un second point est fort important à constater. Cette tumeur est enkystée; ce n'est point une infiltration pure et simple : une membrane kystique propre enveloppe le liquide contenu; et lorsqu'on vient à exciser un morceau de cette membrane, on a sous les yeux une véritable cavité close. Où se développe cette cavité? C'est ici que les difficultés commencent. La tumeur, disent les auteurs, est due à la dilatation du canal de Wharton. Supposons, en effet, et c'est là la règle, qu'il y ait une obstruction au niveau de l'orifice de ce canal; la salive s'accumule derrière l'obstacle et distend le canal, dont les parois constituent le kyste; pour que cette théorie fût acceptable, il faudrait prouver la dilatabilité considérable du canal de Wharton. Or j'ai fait plusieurs fois l'expérience, qui consiste à découvrir le conduit, à le lier près de son orifice et à injecter par l'extrémité glandulaire de l'air ou de l'eau. Sous l'influence de l'injection liquide, je l'ai vu se dilater lentement, uniformément, progressivement, et acquérir tout au plus le volume d'une plume de corbeau; mais jamais cette dilatation n'a été brusque, instantanée, analogue enfin à ce qui se passe dans la grenouillette; quant à l'air injecté, il s'infiltre ou rompt le canal. Ces recherches tendent donc à me faire regarder comme impossible la dilatation du conduit de Wharton. L'explication de la grenouillette aiguë me semblerait facile, si l'on pouvait démon-

trer que, dans le voisinage du conduit de Wharton, se trouve à l'état normal une petite cavité close, prête à recevoir le liquide sorti de ce conduit, préalablement oblitéré. Eh bien, cette bourse existe; elle a du moins été décrite, en 1841, par Fleshmann, et porte son nom, et bien que les anatomistes français Richet, Paulet, Sappey, etc., ne l'aient pas retrouvée, je crois son existence sinon constante, au moins très-fréquente, et je vais vous la montrer. Si vous me permettez de figurer sur le tableau la coupe du maxillaire inférieur et les apophyses geni-supérieures, je figure le muscle genio-glosse, dont les fibres en éventail vont s'insérer, comme je le représente, jusque sur l'os hyoïde. La muqueuse, qui recouvre la langue, se réfléchit sur sa pointe jusqu'au niveau du frein, et ne va pas jusque sur le genio-glosse, dont elle est séparée par une véritable cavité, une bourse séreuse à base inférieure, à sommet dirigé en avant, de 27 millimètres de profondeur, et allant jusqu'à 2 centimètres en arrière de la pointe de la langue, Si, au lieu d'une pointe longitudinale, on pratique une coupe transversale à son niveau, on voit que sa largeur s'étend de la face interne de la deuxième grosse molaire d'un côté à la dent correspondante du côté opposé. Si nous passons maintenant aux rapports de cette cavité avec le canal de Wharton, nous voyons que ce conduit se trouve accolé pour ainsi dire à la paroi antéro-postérieure. Cette disposition étant admise, le déversement du liquide salivaire d'un canal oblitéré dans une cavité aussi voisine fournit uue explication bien séduisante. Je dois dire que, dans les expériences que j'ai faites, j'ai constaté, dans les parois du conduit de Wharton, une grande minceur, puisqu'on peut la comparer à celle des parois d'une veine; mais, en même temps, une extrême solidité, puisqu'il m'a fallu employer toutes mes forces pour les rompre; aussi l'explication de la solution de continuité faisant communiquer le conduit avec la bourse de Fleshmann suppose-t-elle nécessairement une altération préalable des parois de ce conduit.

Je me résume ainsi pour l'explication de la grenouillette aiguë, et pour les conditions nécessaires à sa formation : 1° oblitération de l'orifice du conduit de Wharton; 2° altération préalable des parois de ce conduit.

DISCUSSION

M. DOLBEAU. Je trouve la communication de M. Tillaux très-intéressante; mais bien que la théorie ou l'explication proposée par lui soit ingénieuse, elle ne peut suffire à me satisfaire dans un certain

nombre de faits observés par moi. Je fus appelé, il y a quatre ans, par MM. Bertholle et Gubler, près d'une dame des Ternes, qui était menacée de suffocation à la suite du développement énorme d'une tumeur fluctuante du plancher de la bouche. Cette tumeur avait déjà diminué dans le temps nécessaire du trajet de Beaujon à la demeure de la malade; aussi espérâmes-nous une résolution complète, qui ne se fit guère attendre. L'observation a été publiée depuis par M. Bertholle, dont la malade succomba quelque temps après subitement à une congestion pulmonaire. Les anciens auraient certainement vu là une une métastase de la congestion du plancher buccal au tissu propre du poumon. J'ai vu en 1869, avec M. Feréol, un fort de la halle présentant également dans le plancher buccal une tumeur œdémateuse, renversant la langue en arrière. Les conduits de Wharton étaient libres, et l'expérience du grain de sel nous démontra leur parfaite intégrité. Malgré les instances de mon collègue, je me refusai à pratiquer des incisions; la tuméfaction diminua, et tout se termina par un petit abcès, que M. Féréol ouvrit d'un coup de lancette. Il y a cinq ou six mois, M. Vernois m'adressa une dame qui, à la suite d'accidents analogues, avait eu de véritables menaces de suffocation. Je trouvai chez elle un calcul salivaire, dont je fis l'extraction. Cette dame a conservé quelque temps après une petite fistule, dont elle pratiquait le cathétérisme à l'aide d'un petit stylet. Je me souviens qu'on apporta, il y a deux ou trois ans, à Beaujon, pour une grenouillette située au côté droit de la langue, un marchand d'articles de Paris, qui avait été interrompu par le développement de cette tumeur au beau milieu de son boniment. Sa face était violacée; il paraissait menacé d'une suffocation imminente; une ponction a suffi pour le soulager; et autant que je puis me le rappeler, un fait analogue s'est passé à Necker, il y a quelque temps, à propos d'un malade qui, dans des conditions identiques, fut soulagé par un médecin du dehors, lequel l'opéra séance tenante et le guérit en dépit des règlements. En un mot, on voit des tuméfactions suraiguës du plancher de la bouche dues parfois à des calculs salivaires, à des corps étrangers; mais souvent aussi seulement à des phénomènes congestifs. Aussi, comme je le disais dans une leçon faite à la Faculté, il y a des tuméfactions soudaines du plancher buccal, dont il faut savoir ne pas avoir trop peur, et bien qu'il soit possible d'admettre, souvent, l'explication proposée par M. Tillaux, je persiste à la trouver insuffisante dans un certain nombre de cas où la congestion joue le principal rôle.

M. DUPLAY. La théorie proposée par M. Tillaux est basée : 1° sur l'existence de la salive dans l'intérieur du kyste, et il y a des cas où

la salive manque et où l'on n'a affaire qu'à un œdème sous-muqueux; 2° sur l'existence d'un véritable kyste; or, dans les faits que j'ai observés, il s'agissait d'autre chose que d'une cavité kystique; les deux bases nécessaires de la théorie de M. Tillaux n'étant pas constantes, il s'ensuit que la théorie elle-même ne peut être acceptée pour tous les cas. Dans les expériences que notre collègue a faites sur la dilatabilité du conduit de Wharton, il conclut à l'impossibilité de son extension immédiate instantanée; il faut noter que, dans ses expériences, M. Tillaux a eu affaire à des canaux sains; il en serait peut-être autrement sur des conduits altérés. A ce propos, je fais part à la société d'un mémoire de M. Maurice Claudot, que j'ai entre les mains et qui est intitulé : *Du conduit de Wharton dans ses rapports avec la grenouillette*. Dans ce travail, se trouvent quatre observations relatives à des corps étrangers introduits de dehors en dedans; entre autres à une portion d'épi de blé qui aurait déterminé une grenouillette aiguë.

M. LE FORT. Je ne nie pas l'influence que peut avoir la rupture du conduit de Wharton sur le décollement plus ou moins considérable du tissu cellulaire environnant; mais je fais mes réserves sur les deux pièces présentées par M. Tillaux relativement à la bourse de Fleshmann, dont l'existence, toujours d'après ces pièces, me paraît fort loin d'être démontrée.

M. TILLAUX. Je suis surpris que l'existence de cette poche puisse être mis en doute après l'examen de ces pièces. Voici, en effet, un espace régulier tapissé par une membrane qui, d'après l'examen micrographique fait dans le laboratoire de Clamart, contient des fibres élastiques recouverts de couches épithéliales. Pour moi, l'existence de cette poche, qui est d'ailleurs l'objet principal de ma communication, permet d'expliquer certains faits inexpliqués jusqu'ici. Je ne prétends pas pour cela qu'elle les explique tous. Je crois donc fermement, d'après mes recherches, à l'existence d'une cavité close normale. Quant au liquide contenu, réserve faite de l'analyse chimique qui ne se prononce pas absolument en faveur de la salive, il me paraît avoir avec celle-ci la plus grande analogie. Je répondrai à M. Dolbeau que je n'ai eu en vue que les cas de tumeurs enkystées, à liquide filant du plancher de la bouche. Quant à la résistance du conduit de Wharton, je tombe d'accord avec M. Duplay. Je crois que son altération préalable est nécessaire pour qu'il puisse être rompu.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société que M. le docteur Hergott, membre correspondant, assiste à la séance.

M. le président annonce également que, dans la prochaine séance, la société se formera en comité secret pour une communication d'intérêt intérieur.

COMMUNICATION

M. PANAS fait la communication suivante :

Des résultats éloignés de l'ovariotomie. — Jusqu'ici, l'attention des chirurgiens n'a porté que sur un seul point de la question, à savoir, un kyste ovarique étant donné, peut-il être enlevé avec succès, même à l'aide d'une opération laborieuse. En cas d'affirmative, on procède à l'opération, sans se soucier de ce qui pourra arriver plus tard.

Cette confiance dérive de l'ignorance dans laquelle nous avons été jusqu'ici sur la nature maligne et récidivante de certains kystes de l'ovaire, alors même qu'ils ont été complétement enlevés. Instruit par les faits, je demande la permission à la société d'insister sur un point capital, bien que négligé, je veux parler des résultats éloignés de l'ovariotomie.

Qu'on nous ouvre, en effet, les livres les plus autorisés ou les monographies les plus complètes et les plus récentes qui traitent de cette opération, et l'on se convaincra aisément qu'il n'y est presque rien dit du sort définitif des opérées.

Je crois donc remplir une lacune véritable en venant signaler à votre attention des faits qui m'ont vivement frappé, et qui, je l'espère, ne manqueront pas d'intéresser tous ceux qui se livrent à la pratique de l'ovariotomie. Je dois même ajouter tout de suite que nos savants collègues MM. Boinet et Verneuil, à qui je faisais part il y a plus d'un an des réflexions que la pratique m'avait suggérées sur ce sujet, m'ont assuré avoir connaissance de faits de même ordre qu'ils s'empresseront, j'en suis sûr, de vous communiquer. J'espère que, par le concours de tous, la lumière se fera complète sur cette question délicate de chirurgie, concernant les conséquences et les dangers non-seulement *immédiats* mais *tardifs* et éloignés de l'ovariotomie.

En 1871 (1), j'ai eu l'honneur de vous présenter une femme, opérée et guérie d'un kyste multiloculaire, et en partie suppuré de l'ovaire.

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1871, p. 350.

M. Verneuil, qui avait bien voulu m'adresser cette malade, assistait à l'opération, ainsi que M. Boinet.

La guérison se maintint parfaite depuis, lorsqu'en 1873 (dix-huit mois après l'opération), la santé générale, qui était florissante, commença à décliner, la malade maigrit avec une rapidité effrayante. Des douleurs vives se déclarèrent sur différentes parties du corps, et cette pauvre femme se décida à entrer dans mon service à Lariboisière.

Un examen attentif nous permit alors de constater ce qui suit :

Rien n'était survenu du côté des organes sexuels : vulve, vagin, ovaire restant et ligament large du même côté, tout était absolument sain, comme au moment où vous l'aviez vue.

Par contre, les ganglions inguinaux et ilio-lombaires, ceux des aisselles et du cou étaient devenus le siége d'une dégénérescence carcomateuse des plus manifestes. Ce n'était plus que de gros paquets indurés, bosselés et fortement adhérents à la peau, également envahie par la dégénérescence maligne.

Les deux mamelles étaient devenues cancéreuses, ainsi que l'omoplate droite, les deux clavicules et divers points de la colonne vertébrale.

Bref, nous avions affaire ici à une généralisation cancéreuse des plus épouvantables, et force nous a été alors d'incriminer, en tant que point de départ probable, la tumeur ovarique si heureusement enlevée dix-huit mois auparavant, et qui m'avait paru, ainsi qu'à MM. Boinet et Verneuil, comme un type de ce qu'on a décrit sous le nom de kyste multiple proliférant, à contenu gélatineux.

Je dois même ajouter que, sur un point, la masse offrait une loge remplie d'un magnus mélicerique avec des cristaux de cholèstérine et des poils. Telle est l'histoire succincte de ce premier cas.

Dans la même année (1873), se présentait à Lariboisière une femme de cinquante-quatre ans, offrant un kyste pour le moins biloculaire, dont une des loges contenait à elle seule, ainsi que j'ai pu m'en assurer par la ponction, dix-huit litres d'un liquide brun jaunâtre, franchement visqueux, mais ne présentant ni cholestérine ni flocons d'aucune espèce, bien qu'il précipitait par la chaleur l'alcool et l'acide azotique en un magnus albumineux cérébriforme, tellement ce liquide était riche en matières protéiques. Après l'évacuation du liquide, on sentait des masses solides dans la fosse iliaque et dans l'excavation pelvienne, qui paraissaient adhérer fortement à la paroi abdominale.

La malade avait beaucoup maigri depuis l'apparition de cette tumeur, dont le début, et j'insiste tout particulièrement sur ce point,

ne remontait, au dire de la malade, à plus de *six* à *huit* mois au maximum. Une particularité non moins digne de remarque, c'est que chez cette femme les règles, au lieu de diminuer ou pour le moins de ne pas se modifier notablement, devinrent plus abondantes, plus fréquentes, et se transformaient parfois en véritables hémorrhagies.

Toutes ces conditions, rapprochées de l'âge de la malade, de la rapidité extrême du développement de la tumeur, et par-dessus tout, je l'avoue, de la connaissance que je venais d'acquérir, que des tumeurs réputées kystes se comportaient comme de vrais cancers, me firent annoncer aux élèves du service que, probablement, sous les apparences d'un kyste ovarique, nous avions peut-être affaire à une tumeur maligne de l'ovaire avec développement d'énormes poches liquides dans la masse. Voulant compléter le diagnostic topographique de la tumeur, je procédai incontinent au toucher vaginal, et bien m'en a pris, car j'ai pu constater de la sorte que l'utérus, d'ailleurs très-mobile sur la masse ovarique, était affecté dans son col d'un champignon cancroïdal du volume d'un œuf de pigeon, ne dépassant pas en hauteur les limites du vagin. Je jugeai dès lors toute opération radicale comme impraticable, et je me contentai de prescrire de temps à autre des ponctions palliatives; ce qui fut fait deux fois depuis dans l'espace de *dix mois*. Quant à la malade, elle dépérit de plus en plus et elle rentre aujourd'hui même dans le service au dernier degré de marasme.

Mon attention ayant été éveillée par ces faits, je me suis mis à réfléchir sur tout ce que j'avais vu par moi-même concernant les kystes ovariques, et voici à quoi je suis arrivé:

Parmi les tumeurs englobées sous le nom de kystes de l'ovaire, les unes marchent avec une extrême lenteur (cinq à dix ans et au delà) sans déterminer d'autres accidents que ceux résultant du poids et du volume de leur masse, tandis que les autres procèdent avec une extrême rapidité (j'ai vu chez des femmes maigres l'abdomen acquérir 110 à 140 centimètres de circonférence en moins de six mois ou un an) déterminent des douleurs vives à répétition, et s'accompagnent souvent d'une altération passagère de la température, ou de nausées et de vomissements, le tout conduisant à une émaciation très-prompte.

Tous ces accidents tiennent manifestement à des péritonites partielles à marche chronique, qui, suivant qu'elles sont sèches ou qu'elles s'accompagnent d'un exsudat séreux abondant, produisent des

adhérences plus ou moins généralisées, ou donnant lieu une ascite concomitante.

Au point de vue purement opératoire, la présence d'une certaine quantité de liquide ascitique dans le péritoine, a été favorable en ce sens que des adhérences solides et très-étendues sont alors moins à craindre entre le kyste et les parois ou les viscères voisins. Mais en réfléchissant que ce liquide, à moins de compression de la veine-porte, provient d'une péritonite préexistante, j'ai été conduit à penser que la coexistence de l'ascite et d'un kyste est plutôt une complication fâcheuse qu'un avantage. En effet, là où il y a déjà de la péritonite plastique ou exsudative, la péritonite suppurative postopératoire n'est pas loin : preuve, ce qui se passe dans les hernies étranglées, suivant que les malades sont opérés plus tôt ou plus tard.

Je citerai, à l'appui de cette proposition, l'autopsie d'une femme de quarante-six ans, dont je vous ai communiqué l'observation en 1871 (*Gazette des Hôpitaux*, 1871, p. 374), que j'avais opérée à Saint-Louis, avec l'assistance éclairée de notre collègue M. Alphonse Guérin. Il s'agissait chez elle de deux kystes multiloculaires aréolaires et déhiscents, occupant les deux ovaires. Leur contenu ressemblait à du frais de grenouille. Les parois en étaient minces et friables, et il y avait cinq ou six trous spontanés de la largeur du pouce, par où le liquide gélatineux avait fait irruption dans le péritoine. Le péritoine contenait, en outre, trois ou quatre litres de liquide séreux et était tomenteux, preuve qu'il avait été enflammé auparavant. Les suites de l'opération ont été des plus funestes.

Voilà aussi pourquoi la suppuration du kyste aggrave les conditions de l'opération, en ce sens qu'il y a généralement plus ou moins de péritonite diffuse concomitante. J'en dirai autant des ponctions avec des gros trocarts et des injections irritantes dans les kystes.

Plus une tumeur ovarique, qui a marché d'ailleurs vite, contient des masses solides proliférantes et de la matière franchement colloïde, plus elle s'écarte des kystes bénins pour se rapprocher des sarcomes, des myxomes et des myxozarcomes, dont la marche, les suites immédiates et éloignées, y compris la récidive, rappellent bien plus des cancers kystiques que des kystes vrais.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'ovaire, organe à structure essentiellement aréolaire, est pourvu de kystes normaux innombrables. Conformément à cela, l'anatomie pathologique nous enseigne que toute tumeur ovarique, fut-elle réputée *fibreuse pure*, ne va pas sans la coexistence de kystes dans sa masse. Tel est l'avis surtout de M. Kœberlé qui, dans une conférence que j'ai eue avec lui à

Paris il y a quatre mois environ, m'a déclaré formellement n'avoir jamais rencontré jusqu'ici une seule tumeur fibreuse de l'ovaire qui ne fût en même temps plus ou moins kystique. Voilà pourquoi il ne suffit pas désormais de constater l'existence d'un énorme kyste pour pouvoir exclure toute idée de malignité, et qu'ici comme pour le diagnostic des tumeurs en général, il faut tenir compte de toutes les conditions de développement de la maladie, âge, constitution, hérédité, état général ou fonctionnel, et aussi la marche plus ou moins rapide ou plus ou moins lente de la lésion.

En résumé, lorsqu'il s'agit de pratiquer l'opération de l'ovariotomie, il ne suffit pas de se poser une *seule* question, comme on l'a fait jusqu'ici, à savoir la tumeur est-elle *enlevable* ou *non*, mais il faut s'enquérir en outre de *la nature* véritable de celle-ci.

La masse kystique devant être enlevée, il reste encore à savoir si la récidive sur place (dans le pédicule ou à distance) et jusque dans les viscères, ne serait pas à craindre, en quel cas il faut renoncer à opérer. Pour arriver à ce diagnostic, nous attachons une réelle importance à la rapidité avec laquelle s'est développée la maladie. Si, avec cela, il y a des signes évidents de cachexie, et *a fortiori* si des lésions locales ou viscérales (utérus, ganglions profonds, mamelles, estomac, foie, etc.), laissent soupçonner une dégénérescence possible, le mieux serait de s'abstenir de toute opération, alors même que l'absence d'adhérences, la longueur du pédicule et les autres conditions locales, en apparence favorables, sembleraient promettre un succès immédiat. En un mot, il faut être tout aussi réservé d'opérer ici que lorsqu'il s'agit d'un sein qu'on soupçonne devoir être carcinomateux.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Je pourrai faire des démarches officielles à l'effet d'obtenir des détails circonstanciés relatifs à une malade des environs de Paris, opérée de l'ovariotomie, et qui aurait succombé un an après à un cancer généralisé. Cette corrélation est assez importante pour que cette question mérite d'être traitée ici.

A ce propos, je me souviens qu'il est entré l'an dernier à la Pitié une fort belle fille de campagne, porteur d'une tumeur du ventre bosselée et ressemblant à un kyste de l'ovaire. Une ponction exploratrice fut pratiquée. La malade succomba en deux jours et demi, et nous trouvâmes, à l'autopsie, un kyste multiloculaire de l'ovaire droit et, dans tous les viscères, uu grand nombre de tumeurs secondaires

analogues aux sarcomes. Il serait donc bon, je crois, sans incriminer l'ovariotomie, opération sur la valeur de laquelle nous sommes tous fixés, que la vérité se fît jour sur cette question.

M. PANAS. Je regrette vivement que M. Boinet soit absent. Il aurait pu nous citer un nombre considérable de reproductions sur place. Je puis du reste, je crois, sans crainte de déflorer une communication directe de sa part, citer un de ses faits. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire, type à liquide glaireux. L'ovariotomie fut pratiquée et suivie de guérison; un an après, on pouvait constater à la place du kyste une tumeur deux fois grosse comme une tête d'enfant. M. Boinet retenta une nouvelle opération et trouva un énorme cancer du pédicule. Il serait donc, je le répète, fort intéressant d'avoir sous les yeux les suites des opérations d'ovariotomie à des époques plus ou moins distantes.

PRÉSENTATIONS

M. THÉOPHILE ANGER présente une malade opérée d'un kyste de l'ovaire. Sa note est renvoyée à la commission déjà nommée.

M. LE FORT présente un instrument de M. Collin, destiné à la transfusion du sang.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 10 JUIN 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

Le travail suivant, de M. le docteur Bourgeois, d'Étampes :

Note sur les cas de tétanos observés pendant une pratique de quarante années. — Messieurs, l'étude du tétanos venant d'être remise à l'ordre du jour, à l'occasion de son traitement par le chloral, j'ai pensé qu'il était utile que ceux d'entre nous qui ont recueilli un plus ou moins grand nombre de cas de cette cruelle affection les livrent à la publicité. C'est pourquoi je viens demander à votre savante compagnie l'autorisation de lui faire connaître succinctement ceux que j'ai pu observer dans une pratique de quarante et quelques années.

Le tétanos, sans être d'une grande rareté, ne se présente pas cependant tous les jours aux praticiens ordinaires. Aussi Velpeau, malgré son immense clientèle civile et hospitalière, déclarait-il à l'Académie, dans les dernières années de sa vie, qu'il n'en avait jamais rencontré qu'une trentaine de cas.

Suivant la division reçue, je partagerai ces observations, qui seront le plus courtes possible, en deux catégories : la première contiendra celles de tétanos spontané, et la seconde le tétanos traumatique. Pour ce dernier, je ferai une distinction entre celui occasionné par un traumatisme accidentel et celui qui survient après une opération ou une cautérisation quelconque.

Tétanos spontané (trois cas guéris).

1° Ce cas remonte loin, c'est même le seul de cette nature que j'ai observé pendant mes études médicales.

En 1827, dans le service de M. Beauchène, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, est admis un adolescent atteint d'une roideur douloureuse de tout le corps; on reconnaît tout de suite une attaque de tétanos, mais l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion sur toute la surface du corps. L'*acupuncture* était alors dans toute sa vigueur, aussi on lui implante de chaque côté de la colonne vertébrale vingt-cinq ou trente épingles. Bref, le patient guérit au bout de dix ou douze jours, durant lesquelles les aiguilles restèrent dans les gouttières vertébrales.

2° Vieillard de soixante-cinq ans; refroidissement pendant l'hiver. Aucune trace de plaie. Violente attaque, qui ne s'améliore que vers le dix-huitième jour; guérison le trentième. Traitement par les *bains* et les *opiacés*, à doses modérées.

3° Jeune homme de la Forest-le-Roy. Ayant très-chaud et couvert de sueur, se couche sur le sol, à l'ombre d'une meule; deux ou trois jours après, est pris de trismus qui s'étend bientôt et devient

une très-forte attaque de tétanos généralisé. Il entre à l'hôpital d'Étampes, où l'on ne découvre aucune lésion physique sur son corps. Il guérit au bout de quinze à dix-huit jours. Traitement par les *bains chauds* et les *calmants*.

Tétanos traumatique (neuf cas).

1° Campagnard de quarante-cinq ans, habitant la commune d'Auvers, a le gros orteil en partie écrasé par la roue de sa voiture. La petite plaie est presque guérie lorsque, dix jours après l'accident, il est pris d'un tétanos des plus intenses, qui l'enlève quinze jours après son début. Traitement par les opiacés.

2° Cultivateur de quarante ans, habitant un faubourg de notre ville, est pris de roideur des mâchoires, puis bientôt de tétanos général, maladie dont on ignore la cause et la nature. Je vois le malade deux jours après les premiers accidents, et reconnaissant la maladie, je m'enquiers s'il ne s'était pas blessé; malgré la réponse négative des parents et du malade, j'examine toutes les parties de son corps, et je reconnais qu'un des *pouces* est enveloppé d'un linge, sous lequel il y avait une très-petite plaie, en grande partie guérie, qu'il ne se rappelait pas s'être faite en laissant tomber sur sa main un corps lourd. Le mal va toujours en empirant, et il meurt le quinzième jour. Traitement par les *bains* et les *opiacés*.

3° Homme de quarante-cinq ans, jardinier, habitant la ville s'écrase, en partie au moins, un des *gros orteils*. Au bout de huit jours, trismus, puis tétanos complet, très-violent. Il meurt le vingtième jour. Traitement par les *opiacés* et les *bains prolongés*.

4° Ouvrier charpentier, trente ans, habitant la commune de Maisse, est pris de tétanos. Le médecin qui le soigne croit, sur sa réponse négative, qu'il n'a aucune plaie et qu'il a affaire à un tétanos spontané. Appelé près de lui, et l'ayant examiné avec attention, je trouve un de ses *gros orteils* enveloppé d'un linge. Il avait oublié la petite plaie par écrasement qu'il s'était faite huit jours avant les accidents tétaniques. Il meurt après dix-huit jours de maladie. Traitement par les *calmants*.

5° Homme de quarante ans, de la commune de Bouville, s'écrase sous sa voiture une partie des *gros orteils*. La plaie presque guérie, il est atteint d'un tétanos des plus intenses, qui l'enlève vers la fin de la troisième semaine. Traitement par les *opiacés*.

6° Femme de cinquante ans, affectée d'hémiplégie incomplète congéniale, habitant le hameau de la montagne, près Étampes. Vient

pendant l'hiver au marché, elle avait une engelure ulcérée à un de ses *pouces*. Quelques jours après, elle est prise d'une attaque tétanique des plus violentes, qui s'amende le vingtième jour et guérit le trentième, seulement en laissant une roideur générale, qui persiste assez longtemps. Traitement par les *bains* et les *opiacés*.

7° Charpentier, vingt-sept à vingt-huit ans; écrasement incomplet de l'extrémité des *deux doigts*. Apparition du tétanos après sept ou huit jours; crises des plus violentes. Amélioration vers le dix-huitième jour, guérison le 25. Traitement par les *opiacés*, le *bromure potassique* et les *bains de vapeur*, dont il prit quinze à vingt.

8° Poseur au chemin de fer, habitant la ville d'Étampes, homme de trente-cinq ans, d'une force herculéenne, s'écrase les dernières phalanges de *trois doigts* d'une main en déchargeant un rail; l'extrémité des doigts est même totalement enlevée. Au bout de six à sept jours, tétanos d'une violence rare, qui dure vingt et jours dans toute sa force, s'amende légèrement alors et guérit le trentième, laissant une roideur du corps qui persiste plus d'un mois. Traitement par le *bromure de potassium* à la dose de 6 à 8 grammes par jour, et par les *bains de vapeur*, vingt-cinq au moins.

9° Homme de cinquante ans, habitant la ville. Fracture de cuisse sans plaie. Une semaine après, tétanos. Mort au bout de dix jours. Traitement par les *opiacés*.

Trismus. Amputation des deux jambes. Guérison.

10° Homme d'une trentaine d'années, adonné à la boisson; graisseur au chemin de fer. Étant en état d'ivresse, un train passe sur ses deux jambes. Il est conduit à l'hôpital d'Étampes, où on lui pratique une double amputation. Une semaine environ après, il est pris de trismus et de contractions spasmodiques et très-douloureuses des muscles de la région cervicale postérieure. Ces accidents se bornent là et guérissent après une dizaine de jours. Ils n'entravent en rien la cicatrisation des moignons, qui a eu lieu dans le temps habituel.

Trismus. Guérison.

11° Enfant de sept ans, fille du jardinier de la campagne de feu Trousseau; se laisse prendre la main dans un coupe-racine : les trois doigts majeurs, leurs métacarpiens, sont brisés, et les chairs qui les recouvrent atteintes. Le pouce est à peu près intact, le petit doigt est luxé et son métacarpien fracturé. Pansement par des *irrigations froides*. Au bout de six à sept jours, apparition du trismus et de

spasmes douloureux derrière le cou. Le mal ne va pas au delà et guérit après huit ou dix jours. Traitement incomplet avec quelques faibles doses de *curare*.

Tétanos; suite de coups de feu.

12° Jeune homme de vingt-deux ans, cultivateur. Un coup de feu lui traverse le pied. Tétanos le septième jour, mort dix jours après. Traitement par les *bains* et les *calmants*.

13° Homme d'une cinquantaine d'années, a la main traversée par un coup de feu. Entre à l'hôpital à Étampes. Tétanos au bout de quelques jours, mort le douzième. Traitement par les *calmants*.

Tétanos; suite de cautérisation de pustules malignes.

14° Campagnard de soixante ans, habitant le hameau de Bonvilliers. Cautérisation d'une pustule maligne au front, avec la potasse caustique. Va très-bien. La plaie est détergée et presque guérie. Il s'expose le matin, dans sa cour, au froid ; dès le soir même trismus, puis tétanos complet, qui l'enlève au bout de neuf jours.

15° Jeune homme de vingt-cinq à trente ans, tailleur; cautérisation avec la potasse caustique d'une pustule maligne à la paupière supérieure. Guérison presque complète de la plaie; exposition au froid : apparition du trismus, puis de tétanos généralisé ; mort au bout d'une dizaine de jours. Traitement par les *calmants*.

16° Une femme d'un des faubourgs ayant des vaches, est atteinte d'une pustule maligne à la face; elle est cautérisée avec le deutochlorure de mercure. La plaie se détergeant, elle est prise de tétanos, qui l'enlève après une dizaine de jours.

Tétanos par suite de cautérisation d'un enchondrôme.

17° Jeune homme de vingt ans, habitant la commune de Boissy-le-Sec, vient me consulter pour un énorme enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Peu content, sans doute, de ma prescription, il va à Chartres, où on lui fait une très large application de *pâte de Cancoin*. Il a à peine le temps de revenir chez lui, où il est pris d'une attaque tétanique des plus furieuses, qui le *tue* en vingt-quatre heures.

D'après ce petit nombre de faits, il serait évidemment irrationnel de vouloir établir des lois générales; aussi, telle n'est pas mon intention : je n'ai voulu qu'apporter mon humble moellon à la construc-

tion de l'édifice, espérant que d'autres voudront bien m'imiter; de la sorte on pourrait obteuir une très-grande quantité d'observations de toute nature, qui permettraient de connaître la léthalité réelle du mal, qui jusqu'à ce jour paraît avoir été peu modifiée par tous nos efforts curatifs; partant de cette connaissance, nous pourrions bien mieux apprécier l'efficacité du nouvel agent dont on dit aujourd'hui tant de merveilles. A Dieu ne plaise qu'il n'en soit pas de lui comme de tous les remèdes qui ne guérissent que dans leur primeur. L'année dernière, n'avons-nous pas vu la fameuse *quintessence de la saumure du hareng* guérir tous les rhumatismes articulaires, et cependant on n'en parle plus aujourd'hui.

Si je ne me trompe, la pratique civile doit différer sensiblement de celle des chirurgiens militaires. Ces derniers, en effet, ne sont guère appelés qu'à voir des cas de tétanos développés à la suite de vastes lésions comminutives, ébranlant plus ou moins tout l'organisme et sidéraut le système nerveux; lésions qui, par elles-mêmes, peuvent entraîner souvent la mort des pauvres blessés ou opérés; ce qui doit singulièrement changer le chiffre de la mortalité de cette terrible complication, si l'on réfléchit encore aux circonstances presque toujours fâcheuses où se trouvent ces malheureux tétaniques. Dans nos milieux, au contraire, sur dix cas il y en a plus de la moitié qui ne doivent naissance qu'à des plaies insignifiantes, bien souvent inaperçues et oubliées.

Dans les brèves observations rapportées plus haut, nous voyons les trois cas de tétanos spontané, ou *a frigore* ou *rhumatismal*, comme on l'a encore appelé, se terminer par la guérison; résultat qui vient à l'appui d'une moindre gravité dans le pronostic de cette forme admise par tout le monde. Néanmoins il ne faudrait pas toujours compter sur son innocuité.

Dans la seconde série, ce sont le plus souvent de toutes petites plaies écrasées, occupant les extrémités des membres et notamment les doigts et les orteils qui sont la cause générative du mal, sans doute à cause de la grande quantité de nerfs qui entrent dans leur organisation. Du reste, les deux extrémités fournissent un égal contingent. Ce qu'il y a de singulier, c'est qu'à la suite des lésions les plus considérables, l'amputation des deux jambes et la destruction de toute la maiu chez la petite fille de la campagne de Trousseau, le mal s'est borné au trismus par lequel j'ai toujours vu le tétanos général débuter.

Dans les cas où la maladie s'est développée après une cautérisation dirigée généralement contre la pustule maligne, si commune daus

nos contrées, elle n'est survenue qu'au moment où les escarres étant détachées, la plaie tendait à se cicatriser ; quel qu'ait été, du reste, le genre de caustique employé, s'agissait-il même du fer rouge, comme j'en connais des exemples, bien qui ne me soient pas propres.

Y a-t-il une forme aiguë et une forme chronique du terrible mal qui nous occupe ? Si l'on n'a égard qu'à l'intensité des symptômes, à la violence des crises spasmodiques qui se renouvellent si souvent, il est difficile d'établir une distinction entre les différents cas de tétanos, si ce n'est qu'ils ont une durée plus ou moins longue, mais n'en est-il pas ainsi dans le plus grand nombre des maladies aiguës ? Pour mon compte, que les malades succombassent au bout de sept à huit jours ou de quinze à vingt, je les ai toujours trouvés aussi souffrants et ayant aussi peu de repos. Ceux que j'ai pu guérir n'ont, en général, eu un peu de répit que vers le vingtième jour. Une seule fois, chez le jeune homme de Boissy-le-Sec auquel on avait appliqué la pâte de Cancoin avec si peu de ménagement, la mort est survenu en vingt-quatre heures; mais ne faut-il pas tenir compte ici de l'affreux traumatisme artificiel et des cruelles douleurs endurées par ce malheureux qui ont certainement dû contribuer à hâter sa fin.

Rarement j'ai assisté à la fin des tétaniques; dans le peu de cas où j'ai été témoin de leurs derniers moments, j'ai pu constater que les contractions diminuaient d'intensité, que les crises s'affaiblissaient, et qu'ils mouraient au milieu d'un spasme d'une violence modérée et sans agonie.

J'ai toujours trouvé chez les malades la chaleur fortement augmentée, des sueurs chaudes, profuses, de la soif, de l'inappétence, la langue presque nette ou légèrement saburrale, mais humide, les selles rares ainsi que les urines, qui deviennent bientôt rouges et chargées de dépôts. Le pouls est plein, large, fréquent, en général peu de céphalalgie et rarement du délire. Il est difficile de dire s'il y a de la rachialgie, car les muscles des gouttières vertébrales étaient fortement endoloris, ces deux phénomènes se confondent.

Dans les livres classiques, outre le trismus qui est le premier degré de l'affection, auquel elle se borne quelquefois comme dans les deux cas rapportés, on admet différentes manifestations tétaniques suivant les plans du corps qu'occupe le mal, et on leur a donné des noms spéciaux: ainsi on appelle emprosthotonos celui qui attaque les muscles antérieurs du corps, en courbant le malade en avant comme une sorte de manchon; pleurosthotonos, celui qui affecte les plans latéraux, et enfin opisthotonos quand il siége en arrière du tronc et des membres. Pour mon compte, je n'ai jamais observé que cette

dernière forme, encore bien que tous les muscles volontaires fussent atteints, en avant, en arrière et sur les côtés. Ce que j'ai pu constater souvent, c'est que le malade ne repose que sur la tête et le bassin, le dos étant relevé comme une voûte de pont. Les muscles formant la paroi antérieure de l'abdomen sont tellement tendus que cette cavité, antérieurement au moins, semble être constituée par un cylindre métallique, et, l'on ne doit pas s'étonner de la rupture des muscles qu'on observe alors assez souvent.

Le pronostic devra varier suivant qu'il s'agira du tétanos spontané ou traumatique. Le premier est d'une gravité modérée, mais le second est mortel dans le plus grand nombre de cas; cependant il l'est peut-être moins fréquemment qu'on a coutume de le dire et que je le pensais avant de l'avoir observé personnellement : ainsi sur dix-sept cas, je l'ai pu voir guérir cinq fois, y compris les cas de trismus : c'est là sans doute une terrible mortalité, mais on peut voir cependant que tout espoir n'est pas perdu.

Il doit, néanmoins, y avoir certaines catégories plus graves les unes que les autres, comme par exemple quand il survient après les plaies d'armes à feu. Je n'ai pas connaissance non plus de guérison après les plaies par cautérisation, quel que soit le procédé.

Ici deux questions se présentent : la maladie étant abandonnée à elle-même qu'elle serait la proportion des décès? Combien le traitement le mieux approprié pourrait-il en sauver? Questions auxquelles il est à peu près impossible de répondre dans l'état actuel, et pour l'étude desquelles il faudrait réunir un très-grand nombre d'observations. C'est dans ce but même et pour qu'une nouvelle enquête soit faite, que j'adresse cet appel à mes confrères. On peut dire que si la première des questions était élucidée, rien ne serait plus facile que de trancher la seconde; mais, jusque-là, il n'y aura que doute et incertitude.

Les moyens curatifs employés jusqu'à présent n'auraient eu qu'une efficacité bien douteuse; tous ont le plus souvent échoué, et quelquefois ont paru couronnés de succès: tels ont été les saignées, les bains généraux, les bains de vapeur, les opiacés, les calmants de toute sorte à des doses plus ou moins élevées. Depuis quelques années on préconisait le bromure de potassium qui m'a paru avoir quelque efficacité dans ce cas. Aujourd'hui enfin, c'est le chloral, sur lequel chacun paraît beaucoup compter. Puisse-t-il n'y avoir pas là une illusion nouvelle! Mais je m'aperçois que je m'écarte de mon programme, et je me hâte de clore cette note pour ne pas abuser de vos précieux instants.

Un travail de M. le docteur Moura Bourvuillou, sur la mort subite après la trachéotomie.

LECTURE

M. VERNEUIL lit le rapport suivant sur les mémoires de MM. Bourdy (du Mans), et Blain (d'Épernay), relatifs à quelques cas de tétanos traités par le chloral associé à la morphine :

Tétanos traumatique. — Traitement mixte par le chloral et les injections de morphine. — Guérison. — L..., serrurier, vingt-neuf ans, habitudes alcooliques, fait dans la nuit du 29 janvier, étant ivre, une chute d'où résultent deux plaies à la partie postérieure de la tête. Ses camarades, pour arrêter l'hémorrhagie, lui mettent la tête pendant une demi-heure sous le robinet d'une fontaine et le couchent ensuite dans son lit.

Le surlendemain, 31 janvier, L... accuse de la roideur dans la mâchoire et dans le cou. Le 1er février tout le tronc et les membres sont envahis. Les plaies ne saignent pas, mais leur pourtour est enflammé et tuméfié ; il y a du délire et des convulsions assez fréquentes. La face est pâle, la salive ne peut s'écouler : on administre 8 grammes d'hydrate de chloral en deux doses. Le soir on écarte légèrement les mâchoires avec un coin de bois, ce qui permet l'ingestion d'un peu de bouillon et de vin, et l'issue de la salive.

Le 2 et le 3, le tétanos augmente, le malade est en opisthotonos ; les dents sont enfoncées dans le coin de bois; pas de selles depuis le 29. Une once d'huile de ricin reste sans effet. L'urine est rendue assez facilement.

On associe aux 8 grammes de chloral 4 centigrammes de morphine à l'intérieur, et deux injections sous-cutanées de ce même médicament, de 3 centigrammes chacune.

Malgré cette médication énergique, le tétanos continue presque sans changement jusqu'au 12 ; il y a de la constipation et du ténesme anal. L'huile de ricin et les lavements produisent peu d'effet. Le 13, l'amélioration survient. Les mâchoires s'ouvrent un peu, et, après les injections de morphine, le malade peut porter lui-même à sa bouche une tasse de bouillon ou de lait qu'il avale sans trop de peine.

Le 15, on cesse les injections hypodermiques, mais on continue le chloral à la dose de 10 grammes et la morphine à la dose de 3 centigrammes. La constipation persiste jusqu'au 18. Ce jour-là la mère du patient extrait du rectum à l'aide d'une petite cuiller une forte

quantité de matières fécales durcies; il en résulte un grand soulagement.

Du 19 au 25, le tétanos se dissipe progressivement, mais les dernières traces de contracture ne disparaissent que le 3 mars. On réduisit le chloral à 6 grammes par jour et la morphine à 2 centigrammes; quelques bains de vapeur furent également administrés dans cette dernière période.

La quantité totale du chloral administré pendant cette crise a été 228 grammes. On a donné tant à l'intérieur que sous forme d'injections hypodermiques 1 gramme 82 centigrammes de morphine. Pendant le traitement on a fait boire du vin coupé d'eau alcaline pour favoriser la transformation dans le sang même du chloral en chloroforme.

M. Bourdy demande si ce cas peut être rangé parmi ceux qui guérissent seuls, et si le traitement n'a pas eu l'honneur de la cure. Il répond par la négative. Il fait remarquer que le tétanos a débuté de très-bonne heure, trente-six heures à peine après la blessure, qu'il a rapidement acquis une grande étendue et une vive intensité, et enfin qu'il a duré trop longtemps pour qu'on puisse dire qu'il s'agissait là d'une attaque faible. Il croit fermement qu'abandonné à lui-même ou traité soit plus tard, soit moins vigoureusement, le malade eût inévitablement succombé. Il est difficile sans doute, dans l'association médicamenteuse mise en usage, de faire la part exacte du chloral et de la morphine. Le premier avait à lui seul atténué déjà les symptômes, mais la seconde a paru prolonger et aider l'action résolutrice. M. Bourdy croit donc utile de réunir les deux agents.

Le mémoire de M. Blain se compose d'observations et de commentaires d'un intérêt incontestable.

L'auteur ne propose aucun moyen thérapeutique nouveau. Il se contente du chloral, mais il insiste pour qu'on reconnaisse à temps l'imminence du tétanos, pour qu'on soupçonne son invasion avant le développement des symptômes caractéristiques; pour qu'enfin on commence plus tôt le traitement.

D'après lui, si l'on porte le diagnostic de bonne heure, et qu'on administre immédiatement le chloral, on a chance de modérer le mal, d'entraver sa marche, de métamorphoser la forme aiguë en forme chronique, et d'arriver ainsi plus aisément à la guérison.

Telle est l'idée principale du mémoire. Permettez-moi tout d'abord d'y donner mon adhésion formelle. J'insiste depuis bien longtemps sur ce fait que le trismus, qu'on regarde d'ordinaire comme le symp-

tôme initial du tétanos, est, dans un grand nombre de cas, précédé par des phénomènes qui, sans être pathognomoniques, sont pourtant de nature à faire prévoir le danger. Appelé plusieurs fois, pendant le siége de Paris, auprès de tétaniques qu'on me disait atteints depuis quelques heures seulement, j'ai pu constater, par un interrogatoire attentif, que déjà la veille ou l'avant-veille le membre blessé avait été envahi par des douleurs fulgurantes et pris de secousses convulsives passagères ou de spasmes musculaires à marche centripète. Ces prodromes n'avaient point éveillé l'attention et, en tout cas, n'avaient été combattus par aucune médication particulière.

C'est un signe précisément analogue que M. Blain vient à son tour mettre en relief; il s'agit d'une douleur intense, lancinante, atteignant vite sa plus grande intensité et durant peu, s'irradiant dans le membre tout entier, et succédant soit à des pansements, soit à des violences directes exercées sur la plaie.

L'auteur ne prétend pas être le premier à signaler le phénomène en question, car plusieurs auteurs déjà ont dit qu'aux approches du tétanos et à son début la plaie devenait douloureuse, et il cite une observation de Roux dans laquelle la maladie, née à la suite d'une ligature de la fémorale, fut précédée de vives douleurs dans la cuisse. Mais il croit avoir mieux précisé et l'origine et la valeur pronostique particulière du symptôme. Toujours est-il qu'ayant observé la douleur susdite dans des conditions spéciales que nous allons connaître, il a pu prévoir dans un cas l'invasion prochaine du tétanos et commencer aussitôt un traitement qui fut couronné de succès.

D'ailleurs M. Blain n'est pas guidé seulement par des vues théoriques; il s'appuie, au contraire, sur une série de quatre observations; les premières lui ont ouvert les yeux, la dernière a consacré son opinion; donc, au point de vue scientifique, l'information a été dirigée de la façon la plus légitime.

Au reste, je ne saurais mieux faire que de vous rapporter sommairement les faits recueillis par notre confrère.

Obs. I. — R..., vingt-deux ans, a été blessé le 19 septembre 1870, au combat de Châtillon ; le pied gauche a été emporté par un obus. La plaie, qui n'a reçu aucun pansement, est assez régulière, aussi se contente-t-on de lier l'artère tibiale antérieure d'où s'échappait à chaque systole cardiaque quelques gouttes de sang. Pansement à l'alcool.

Le 2 octobre, état excellent, plaie bien détergée, en bonne voie de ppuration, les os se recouvrent de bourgeons ; il ne restait qu'une

escarre au niveau de la ligature, qui tenait encore. Une légère traction suffit pour détacher le fil; néanmoins le blessé accusa sur-le-champ une douleur très-violente qu'on ne put expliquer qu'en supposant un tiraillement du nerf tibial par la pince à pansement.

Dès le lendemain, roideur douloureuse à la nuque et trismus; mort le 5 octobre malgré les injections hypodermiques avec le chlorhydrate de morphine (10 centigrammes par jour).

Obs. II.—L..., dix-neuf ans, garde mobile, atteint, le 19 janvier 1871, d'un éclat d'obus à la partie antéro-interne et moyenne de la cuisse droite, le fond de la plaie reposant sur la gaîne des vaisseaux fémoraux. On panse avec des cataplasmes. La suppuration s'établit promptement, et le 28 les granulations étaient vermeilles, sauf en un point profond où une escarre grisâtre flottait dans le pus. Cette escarre fut saisie avec des pinces et extraite; si légère qu'eût été la traction, elle provoqua une douleur très-aiguë qui fut attribuée vraisemblablement à un tiraillement du nerf saphène interne, en rapport en ce point avec l'artère fémorale dénudée.

Le lendemain, à la visite, on constate une contracture des adducteurs; le soir même, des douleurs dans le dos et la nuque, un commencement d'opisthotonos et de trismus, des secousses douloureuses dans les membres. Mort le 31 janvier, en dépit de la sédation procurée par le chlorhydrate de morphine.

La quasi-identité des deux faits précédents fit penser à M. Blain qu'il y avait une relation entre les douleurs du pansement et ces contractures tétaniques survenues dès le lendemain. L'hypothèse fut bientôt éclairée par l'observation suivante.

Obs. III. — La femme X... eut, le 20 avril 1871, le pied droit arraché par un éclat d'obus; le tibia lui-même fut fracturé au tiers inférieur. Amputation à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles. Réunion immédiate avec des bandelettes de diachylon. Le lendemain, le moignon est douloureux, on défait le pansement et l'on trouve la manchette un peu pâle. La gangrène ne put être évitée. Comme, dès le 24, l'odeur incommodait la malade, on voulut exciser la plus grande partie de l'escarre. Mais, trompé par l'aspect de la peau au niveau du nerf saphène interne, on alla avec les ciseaux jusqu'au vif. La malade accusa une douleur plus intense qu'on aurait pu le supposer, et qui se prolongea quelques heures. Cataplasmes laudanisés et, le soir, 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le lendemain matin, difficulté dans la parole, langue roide et s'appliquant involontairement contre la voûte palatine. Dans la journée apparition du trismus. On pratique des injections hypodermiques de morphine, et, à l'intérieur, on donne 4 grammes de chloral. Vingt-quatre heures plus tard contracture des muscles respirateurs. Cyanose. Mort.

Cette fois, le doute n'était plus permis. M. Blain était définitivement éclairé. C'est alors qu'il observa son quatrième fait.

Obs. IV. — B..., cinquante-quatre ans. Un éclat d'obus a, le 13 mai, fracturé la clavicule gauche à sa partie moyenne. La plaie a 5 centimètres. Le 15, on applique un appareil qui permet de panser avec des cataplasmes. Le 21, suppuration abondante dans laquelle flottent des esquilles à peine adhérentes au périoste. Les deux premières sont enlevées sans douleur ; mais lorsqu'on attire la troisième, qui n'était pourtant ni plus volumineuse ni plus adhérente, le blessé accuse une très-grande souffrance. Peut-être cette esquille était-elle en rapport avec quelque filet du plexus cervical ou même traversée par l'un d'eux. Toujours est-il que la sensation douloureuse fut intense.

Instruit par les faits antérieurs, M. Blain prit les devants, et dès le soir fit avaler une potion avec 2 grammes de chloral. Le lendemain 22, dysphagie, douleur dans les mâchoires ; dans la journée trismus, roideur de la nuque, augmentation de la dysphagie; quelques sueurs; 4 grammes de chloral.

Le 23, opisthotonos, gêne considérable de la respiration : 7 grammes de chloral dans cette journée. En outre, le malade fut couvert le plus possible, pour être à l'abri du refroidissement, d'autant plus à craindre que le corps était continuellement couvert de sueurs et que la chambre n'avait plus de carreaux. Le 24, sous l'influence de 8 grammes de chloral, les mâchoires s'entr'ouvrirent, la dysphagie diminua, et les muscles de la nuque se relâchèrent.

Le 25, même dose du médicament. Le trismus disparaît presque. L'opisthotonos n'existe plus.

Le malade, se croyant guéri, se découvre imprudemment; le lendemain, il accuse un point de côté, et l'on reconnaît une pneumonie, qui amène la mort le 3 juin. Mais il faut noter que, dès le 27, toute contracture, tout symptôme tétanique avait disparu ; aussi le chloral avait-il été supprimé à cette date.

M. Blain ajoute à son récit les réflexions suivantes :

La douleur, au moment du détachement artificiel des escarres, peut se produire pendant le pansement des plaies ordinaires, des

plaies contuses et des plaies d'amputation. Elle résulte du tiraillement des nerfs, ce qui justifie le précepte, dans les amputations au moins, de réséquer les nerfs le plus haut possible, de façon à éviter leur irritation pendant les pansements. S'il y a escarre au voisinage d'un nerf, il est préférable de la laisser se détacher spontanément.

La douleur indique un travail irritatif du côté de la moelle, qui peut bientôt donner lieu à des décharges convulsives. Elle annonce aussi le tétanos dans certains cas.

Le chloral administré à ce moment peut, sinon faire disparaître l'irritation médullaire et ses conséquences, du moins diminuer l'excitabilité, retarder la marche du tétanos, et lui faire prendre une allure moins aiguë, plus chronique et, par conséquent, plus curable.

Le travail de M. Blain, malgré sa modeste apparence, me semble avoir une portée considérable, étant de nature à éclairer les causes et le mode de production du tétanos.

Dans une telle maladie, imprévue presque toujours et incurable le plus souvent, nos recherches devraient être dirigées sans relâche vers l'étiologie et la pathogénie ; ne pouvant que bien rarement guérir, nous devrions au moins prévoir et prévenir. Malheureusement, dans l'état présent de la pratique, nous nous laissons d'ordinaire surprendre par l'ennemi. Nous vivons dans la quiétude ou nous guettons d'autres dangers, lorsqu'un beau matin nous constatons l'apparition du trismus et les signes d'une excitation médullaire excessive. Alors, préoccupés surtout du pronostic, nous nous enquérons à peine des causes occasionnelles ou déterminantes, et nous instituons à la hâte un traitement plus ou moins énergique, dans lequel nous associons un peu à l'aventure, et suivant l'inspiration du moment, des agents parfois antagonistes.

Nous nous attendons d'avance à un revers, et la mort nous paraît si naturelle que nous ne prenons pas même les observations des insuccès. De temps en temps néanmoins, nous guérissons, ou, si l'on veut, le malade se sauve sans que nous sachions exactement ni pourquoi ni comment, sans que nous puissions nous en attribuer légitimement le mérite plutôt qu'aux forces de la nature.

Le cas terminé, nous retombons dans l'indifférence, nous promettant à la première occasion d'employer les mêmes moyens, si par hasard ils semblent nous avoir réussi, ou d'essayer d'autres médicaments si nous avons échoué.

Sceptiques, indécis et résignés, voilà, si je ne me trompe, où en sont les praticiens pour la plupart. Quelques-uns cependant, et je me range

de leur côté, n'acceptent qu'avec peine ce fatalisme. Ils cherchent, sinon avec succès, du moins avec ardeur, une voie moins stérile. Au lieu de parcourir empiriquement et exclusivement la gamme des agents pharmaceutiques et chirurgicaux, ils s'efforcent de pénétrer la vraie nature du mal, d'en tracer la physiologie pathologique, et d'arriver par là à une thérapeutique rationnelle. Plus humbles surtout que les classiques qui croient, bien à tort, l'histoire du tétanos faite, ils signalent les nombreuses obscurités qui règnent encore sur ce sujet difficile.

En ce qui touche la nature du mal, ils ont, de concert avec les physiologistes, promulgué une très-importante vérité en assimilant le tétanos aux névroses d'ordre réflexe telles que l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie, etc., dans lesquelles, d'un point d'irritation primitive caché ou découvert, mais plus ou moins circonscrit, partent des irradiations centripètes parvenant jusqu'à la moelle épinière et l'excitant de telle manière qu'elle envoie à son tour, dans la direction centrifuge, des ordres violents et tumultueux aux muscles les plus divers.

De cette donnée découlent des indications nombreuses et utiles. Chercher le point irrité en question — découvrir la lésion matérielle qu'il présente — étudier cette lésion dans ses causes, son origine, sa durée, sa curabilité possible, difficile ou impossible — savoir pourquoi et dans quels cas l'irritation locale excite si spécialement la moelle épinière — quelles modifications temporaires ou durables elle amène dans la constitution histologique de ce centre nerveux — par quels motifs les décharges périphériques ont des siéges d'élection, tantôt limités à certains districts musculaires, et tantôt se généralisant à la musculature tout entière, ne respectant guère plus la fibre lisse que la fibre striée. De telles notions éclairciraient vivement le pronostic et la thérapeutique. En effet, la terminaison du tétanos dépend: 1° de la lésion initiale fournissant, si je puis ainsi m'exprimer, une dose plus ou moins considérable d'irritation réflexogène ; 2° des modifications plus ou moins profondes, mais toujours sérieuses du centre médullaire ; 3° enfin, des troubles immédiats apportés dans l'exercice de la respiration, de la circulation et de la nutrition par la contracture opiniâtre et intense de certains muscles.

Irritation locale, lésions médullaires et *contractures*, telles sont les trois sources de danger qu'il faudra toujours surveiller, et que la thérapeutique a la triple mission de combattre.

L'irritation locale sera prévue et prévenue autant que possible dès son apparition ; elle sera supprimée ou poursuivie sans relâche

pendant toute sa durée, laquelle est en moyenne de vingt jours pour le moins.

A défaut de traitement local, chirurgical ou topique, ou conjointement avec ce traitement, on visera spécialement l'excitabilité exagérée de la moelle en calmant la douleur, en modérant les spasmes, en diminuant l'hypérémie nerveuse, en augmentant le plus possible la tolérance du centre réflecteur. On se rappellera que l'excitabilité médullaire peut être à son début et pendant un temps parfois assez long, fort bénigne en apparence, ne provoquant que des contractions faibles ou limitées à quelques muscles seulement; — que, sous l'influence de la médication, elle peut être apaisée, endormie, sans être anéantie en réalité; — qu'elle peut en un instant prendre ou reprendre une grande intensité, se diffuser et se propager à ce point que la plus grande partie du système musculaire se convulse ou se tétanise; — que ces variations ou cette évolution sont imminentes tant que dure l'irritation réflexogène, et que, suivant toute vraisemblance, elles peuvent même survivre à cette dernière.

La contracture n'étant qu'une conséquence de l'irritabilité médullaire, et cédant de coutume aux agents qui en triomphent, n'exigerait pas de moyens spéciaux si elle n'était pas capable à elle seule de compromettre immédiatement la vie. Mais, comme elle peut amener le dénoûment fatal en empêchant la nutrition et en suspendant l'hématose, il est parfois indispensable de la combattre directement par des agents appropriés, tels que les courants continus, et même par des opérations chirurgicales, comme la trachéotomie.

Tel est, brièvement résumé, le programme à suivre dans l'étude théorique et pratique du tétanos. Or je ne crois pas être injuste en affirmant que ce programme est loin d'être rempli dans l'état actuel de la science, et en avançant que la somme des inconnues l'emporte sur celle des notions certaines. La seule étiologie est composée d'une foule d'assertions banales ou contradictoires plus ou moins vraies sans doute, mais trop générales et qui ne servent guère dans un cas donné. On nous dit bien que le tétanos succède le plus souvent aux plaies contuses, que son apparition est favorisée par le froid ou le refroidissement, que certaines races y sont particulièrement prédisposées, etc.

Mais que penser de ces généralités quand nous voyons la maladie ne respecter aucun âge, aucune constitution, aucune blessure; — sévir depuis le premier jour jusqu'au moment où la plaie est presque fermée; — apparaître même en l'absence de toute violence externe; — se montrer avec une égale fréquence en Islande et sous l'équa-

teur ; — décimer aussi bien les Espagnols du nouveau monde que les nègres Africains et les pâles naturels du Groenland, et même, car il n'est pas nécessaire de sortir de France pour trouver des faits inexpliqués, attaquer beaucoup plus souvent les habitants de nos campagnes que les blessés reçus dans les grands hôpitaux des villes.

Il faut l'avouer en toute humilité, lorsque nous avons un blessé sous les yeux, rien ne permet de dire s'il sera oui ou non atteint de la terrible complication. Cette incertitude, jointe à la rareté du mal dans notre milieu, a pour conséquence l'abandon presque complet de toute mesure prophylactique. Il ne saurait en être autrement, car dans la crainte d'un accident tout à fait exceptionnel, nous ne pouvons, en bonne conscience, instituer toujours un traitement préventif. Donc, nous sommes réduits à attendre l'événement; mais rien ne nous empêche et tout nous commande, au contraire, de rechercher avec vigilance de quel côté le danger peut nous assaillir. Ceci me ramène, après une digression dont vous me pardonnerez la longueur, à l'examen des faits de M. Blain.

Ces faits nous montrent avec la dernière évidence que l'irritation artificielle d'une plaie en voie de réparation peut devenir la cause occasionnelle d'une attaque de tétanos, et que l'imminence est grande surtout, si cette irritation a été suivie immédiatement d'une douleur présentant certains caractères.

Quatre fois, en effet, nous trouvons réunies, avec une régularité remarquable, des circonstances presque identiques : quatre plaies de guerre, c'est-à-dire contuses par excellence, en état de détersion avancée, mais imparfaite, renfermant des parties mortifiées, sont soumises à des manœuvres chirurgicales sans importance, mais qui, portant sur des nerfs sensitifs, provoquent instantanément une douleur intense, inattendue, hors de proportions avec la violence exercée ; quatre fois cette petite cause est suivie d'un grand effet, à savoir du développement le jour suivant d'un tétanos à marche rapide, qui tue trois des blessés en deux jours, et qui aurait sans doute enlevé le quatrième de la même manière sans le secours d'une thérapeutique prudemment préventive instituée par le chirurgien.

Ces faits portent avec eux un enseignement et sont comme une révélation ; à tout moment, nous imposons sans scrupule à nos blessés des douleurs plus ou moins nécessaires; dans le but de simplifier les plaies, nous exécutons dans leur foyer de petites manœuvres chirurgicales que nous croyons tout à fait innocentes; nous n'hésitons pas enfin, par nos explorations ou dans nos pansements, à *blesser les blessures.* S'il survient, par la suite, quelque complication, nous

invoquons le milieu, la constitution du blessé, une imprudence qu'il a commise, un écart de régime, une négligence quelconque, une variation météorologique, que sais-je enfin? Mais nous ne songeons guère à nous accuser et à nous rendre responsables. Et pourtant combien de fois nous le sommes en réalité!

En aucun moment peut-être il n'est plus nécessaire de proclamer une vérité trop méconnue: c'est que, dans un grand nombre de cas, les complications traumatiques ont leur origine dans des manœuvres intempestives exercées à la surface des plaies.

Peut-être avez-vous conservé le souvenir d'une courte communication que j'ai eu l'honneur de vous faire l'an dernier. Je prenais à tâche de vous démontrer que maintes fois l'érysipèle et la lymphangite traumatiques succèdent à des blessures quasi microscopiques des plaies en suppuration. J'appelais *soudaine* cette variété d'érysipèle ou de lymphangite, à cause de sa brusque apparition, et je disais qu'il s'agissait là d'une véritable auto-inoculation.

J'ai depuis, par malheur, rassemblé des observations nouvelles et en grand nombre qui n'établissent que trop la fréquence de cette origine, et j'ai pu joindre à l'érysipèle et à la lymphangite la septicémie et aiguë et la pyohémie elle-même (1).

Le travail de M. Blain grossit ce martyrologe d'une unité nouvelle et nous montre qu'en tiraillant un nerf en voie de réparation, nous pouvons faire naître un tétanos à marche suraiguë. Je sais bien ce qu'on va m'objecter : Ce tiraillement intempestif des nerfs capable d'engendrer le tétanos, est, dira-t-on, si peu connu que personne encore ne l'a rencontré. Or, *rara non sunt artis.*

A quoi je répondrai qu'il pourrait ne pas s'agir ici d'une simple curiosité scientifique, mais bien d'un de ces faits qui ne paraissent insolites que parce qu'ils ont été méconnus. Il ne faut pas croire d'ailleurs que la cause invoquée par M. Blain soit si rare, puisqu'en un court laps de temps notre confrère a pu la retrouver quatre fois avec la dernière évidence. Au lieu d'opposer une fin de non-recevoir, ne vaut-il pas mieux y regarder à notre tour et charger l'observation ultérieure de savoir ce que vaut la théorie présente?

Il est bien entendu que le tiraillement des nerfs ne peut expliquer qu'un certain nombre de faits, car outre que le tétanos naît spontanément, on sait bien qu'il se montre aussi à la suite de blessures ou insignifiantes ou en voie de guérison avancée, n'ayant été en tout cas

(1) Un de mes élèves, M. Dehenne, vient de publier dans le *Progrès médical* une série d'observations inédites sur ce sujet.

exposées à aucune violence nouvelle. Mais en revanche, la circonstance de l'irritation accidentelle d'un nerf en voie de réparation ne pourrait-elle pas jeter quelque lumière sur la question si confuse encore des formes du tétanos?

On admet généralement une forme aiguë et une forme chronique, ou, si l'on veut encore, une marche rapide ou une marche lente; mais on ne sait guère pourquoi le tétanos prend plutôt une allure que l'autre. On en est sur ce point, comme sur tant d'autres, réduit aux conjectures. Les faits de M. Blain inspirent d'emblée une remarque qui ne vous a pas échappé : dans les quatre cas, le tiraillement a si vivement excité la moelle que le tétanos a surgi le lendemain, prenant tout aussitôt la marche la plus aiguë. Au contraire, une notable lenteur dans l'évolution se rencontre communément, non-seulement dans le tétanos spontané, où nulle violence n'a existé, mais aussi en cas de blessures petites, peu graves et soustraites à toute action chirurgicale. D'où résulterait l'indication formelle, de respecter le plus possible les plaies qui, à d'autres égards, se trouvent si bien du repos absolu.

Je ne voudrais pas toutefois aller trop loin et proscrire indistinctement toutes les opérations sur les plaies sous prétexte qu'elles ouvrent la porte aux graves complications chirurgicales. Je désire seulement qu'instruit par les désastres précités, on se montre aussi réservé que possible, ne faisant que l'indispensable et prenant d'ailleurs de sages précautions pour atténuer les conséquences des interventions nécessaires.

On a vu que M. Blain, ayant constaté chez son quatrième malade la douleur qu'il considère comme caractéristique, a prévu le tétanos et l'a préventivement traité par le chloral. Ses prévisions se sont pleinement réalisées. Le tétanos éclatait le lendemain, mais il prenait une forme bénigne, et peu s'en fallut qu'il ne guérît. M. Blain avait peut-être, à l'aide du chloral, tranché cette question si controversée de la métamorphose des formes. Il avait probablement réussi à transformer un tétanos à marche rapide en tétanos à marche lente.

Messieurs, après vous avoir fait connaître les travaux de nos honorables confrères, il me reste à vous demander de leur voter de justes remercîments qui les encourageront sans doute à nous adresser de nouveaux documents.

J'ai essayé tout à l'heure de prouver que le tétanos n'était pas suffisamment étudié, et que plus d'un point de son histoire était à reprendre. Mais, pour faire cette révision, nous sommes dans des conditions défavorables, car nous manquons de faits, et ceux que

nous rencontrons çà et là dans nos grands hôpitaux sont souvent modifiés par la coïncidence de la maladie convulsive avec d'autres complications nosocomiales. Les praticiens de province sont bien mieux placés à cet égard, car le tétanos se présente à leur observation plus fréquent et plus simple au point de vue nosologique. Ils pourraient donc, s'ils le voulaient, nous aider beaucoup à éclairer cet important sujet; il leur suffirait de nous adresser des observations bien prises et la série complète de leurs cas heureux ou malheureux.

Ils auraient d'ailleurs tout intérêt à la chose. On sait, en effet, ce qu'est la chirurgie à la campagne; c'est pour ainsi un triomphe continu aussi bien de la conservation que de la médecine opératoire, grâce à l'extrême salubrité du milieu et à la vigueur habituelle des constitutions rurales. Nos confrères ignorent pour ainsi dire l'érysipèle, la lymphangite et les différentes septicémies; en revanche, dans certaines contrées, le tétanos est la véritable épée de Damoclès, toujours menaçante, toujours prête à assombrir le pronostic et à détruire le légitime espoir de la guérison.

On voit donc quelle importance il y aurait pour les chirurgiens de nos campagnes à mieux connaître le seul ennemi sérieux qu'ils aient à combattre. Puisse cet argument si simple et si réel triompher de leur insouciance ou de leur inopportuue modestie!

PRÉSENTATION DE MALADE

M. PANAS présente un malade à qui il a pratiqué la laryngo-trachéotomie avec excision du cricoïde. Ce malade était entré dans son service pour un phlegmon latéral du cou avec œdème de la glotte. L'asphyxie était imminente; les difficultés de la trachéotomie chez l'adulte le firent opter pour la laryngo-trachéotomie. Le malade, après avoir gardé la canule six jours, est aujourd'hui parfaitement guéri.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 17 JUIN 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine.

2° Une lettre du docteur Fleury (de Clermont), membre correspondant, avec une observation d'*Atrésie du vagin consécutive à une gangrène de ses parois. Fistule vésico-vaginale sans incontinence d'urine.*

3° 7 volumes envoyés par le département de la guerre de Washington. *Statistical report on the sickness and mortality in the army of the United states.*— 1er volume de janvier 1839 à janvier 1855.— 2e volume de janvier 1855 à janvier 1860. — *Catalogue of the United states army. Medical Museum.* 1er volume : section de médecine ; 2e volume : section de chirurgie. — *Army meteorological register* de 1843 à 1854. — *The medical and surgical history of the war of the rebellion.* 2 volumes.

4° Deux thèses déposées par M. Verneuil, intitulées : *De la ponction aspiratrice dans le traitement de la hernie étranglée*, par le docteur Bouisson, et *Essai sur le moment où s'établit la suppuration dans les plaies exposées*, par le docteur Lebel.

5° M. Paulet dépose un volume intitulé : *Traité théorique et pratique de l'avortement*, par le docteur Émile Garimond, professeur agrégé à Montpellier.

6° M. Tillaux dépose sur le bureau le dernier fascicule de 1873 des *Bulletins de la Société de chirurgie.*

LECTURE

M. FORGET lit un rapport : 1° sur un mémoire de M. Claudot, médecin major à l'hôpital militaire du Fort-National, ayant pour titre : *Essai sur les corps étrangers du conduit de Warthon et leurs rapports avec la grenouillette*; 2° sur une observation de M. Terrier, intitulée : *Calcul salivaire volumineux ayant donné lieu à l'ablation presque totale de la glande sous-maxillaire.*

M. LE FORT présente des calculs de la prostate : il compte, dans la prochaine séance, lire les observations relatives à cette présentation.

La société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 24 JUIN 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Une brochure sur les accidents consécutifs aux opérations sur les organes génito-urinaires, par le docteur J. Englisch, *docent* à l'université de Vienne.

M. PAULET fait hommage à la société de son livre intitulé : *Résumé d'anatomie appliquée.*

M. VERNEUIL dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Contribution à l'anesthésie chirurgicale*, par le docteur F. Forné, chirurgien de marine. — M. Lannelongue est chargé de faire un rapport verbal sur ce mémoire.

M. LE FORT présente, de la part du docteur Symvoulide, de Saint-Pétersbourg, deux observations de luxation : l'une du coude, l'autre du genou, et une observation de trachéotomie. Ces observations sont renvoyées au comité de publication.

LECTURE

LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture des deux communications suivantes de M. le docteur Fleury, membre correspondant de la Société de chirurgie :

Messieurs, notre savant collègue M. Gosselin a prétendu que l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale après une opération d'hydrocèle double pouvait, en privant le testicule de ses mouvements, exercer une certaine influence sur la sécrétion du sperme et provoquer la stérilité.

Il est assez difficile de vérifier le fait en question.

L'hydrocèle s'observe rarement des deux côtes; bien qu'elle existe à toutes les époques de la vie, elle est en général plus commune dans la seconde moitié que dans la première. Il faudrait donc trouver un double épanchement de la tunique vaginale chez un homme jeune encore, et établir par l'inspection microscopique, après l'opération, l'absence d'animalcules spermatiques dans les produits excrétés.

D'un autre côté, on a prétendu que l'épididymite blennorrhagique pouvait, lorsqu'elle se terminait par induration, amener l'oblitération des canaux seminifères et devenir également une cause de stérilité.

Chez les malades que l'on opère d'une hydrocèle, on observe presque constamment cette induration.

Est-elle la cause ou l'effet de l'épanchement ?

Une hydropisie n'a jamais déterminé l'engorgement de l'un des organes contenus dans une cavité tapissée par une membrane séreuse, c'est le contraire qui se produit ordinairement.

On peut donc en conclure que, si la stérilité existe après l'opération de l'hydrocèle, ce n'est pas à l'adhérence des deux feuillets de la séreuse qu'il faut l'attribuer, mais à l'oblitération du canal creusé dans l'épaisseur de l'épididyme.

J'ai eu, il y a quelques jours, l'occasion de vérifier le fait en question.

Un vieillard, âgé de soixante-dix ans, a succombé dans mon service à un catarrhe de la vessie, suite d'une hypertrophie énorme de la prostate.

Il existait au côté gauche des bourses une hernie facilement réductible et une hydrocèle.

Examinant avec soin le testicule, j'ai trouvé l'épididyme induré et converti dans la plus grande partie de son étendue en un tissu fibreux.

Assurément le liquide spermatique n'aurait pas pu arriver aux vésicules séminales, et si la même affection eût existé des deux côtés, on aurait pu en conclure, d'après la théorie de M. Gosselin, que l'absence de zoospermes dans le sperme était l'effet de l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale, si l'hydrocèle eût été opérée par le procédé le plus généralement suivi.

Il me semble donc bien plus rationnel d'admettre que, dans l'hydrocèle double, si l'opération détermine la stérilité, il faut l'attribuer à l'induration de l'épididyme antérieur à l'épanchement, et non à l'union des séreuses viscérale et pariétale.

Atrésie du vagin consécutive à une gangrène de ses parois. — Fistule vésico-vaginale sans incontinence d'urine. — La nommée Marguerite B..., âgée de vingt-neuf ans, vint à l'Hôtel-Dieu de Clermont, en 1868, pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement laborieux qui remontait à cinq semaines. Comme il existait en même temps une paraplégie, je me bornai à combattre celle-ci au moyen de bains sulfureux et de toniques à l'intérieur.

Lorsqu'elle fut rétablie, je la renvoyai dans son pays en lui recommandant de revenir lorsque ses forces seraient complétement revenues.

Six ans s'écoulèrent ; je n'entendis plus parler de cette malade, lorsque, le 11 mai de cette année, elle vint me trouver avec son mari, en me disant qu'elle était dans l'impossibilité d'avoir de nouveaux enfants.

Ses règles étaient restées trois ans sans se montrer ; mais, depuis 1871, elles avaient reparu et marché très-régulièrement. Les urines s'écoulaient volontairement, mais, pendant le jour, la miction était répétée, tandis qu'elle pouvait rester la nuit entière sans les rendre.

L'état général de sa santé était aussi satisfaisant que possible.

En pratiquant le toucher, je sentis à 3 centimètres de la vulve une cloison verticale, déprimée à sa partie centrale et froncée comme une bourse. Une ouverture très-petite occupait le sommet de cette espèce d'entonnoir. C'est par elle que s'échappait à chaque époque le sang menstruel.

L'urine, suivant toutes les probabilités, devait s'écouler par le canal de l'urèthre, puisque sa miction était volontaire.

Le vagin était-il simplement cloisonné par le fait des adhérences qu'avait dû provoquer une inflammation éliminatrice ? la vessie communiquait-elle avec lui ? c'est ce que l'on ne pouvait déterminer qu'en incisant ce diaphragme membraneux.

Le 13 mai, un bistouri boutonné, glissé dans l'ouverture, divisa assez largement cette membrane pour que l'index pût être introduit, mais à peine l'incision était-elle terminée qu'un flot d'urine s'échappa par l'ouverture, comme on l'observe lorsque, dans l'opération de la taille, le lithotome divise le col de la vessie.

Il me fut impossible de sentir le col utérin, mais une sonde introduite dans le canal de l'urèthre fut parfaitement sentie par le doigt.

Un tissu mou, velouté, comme fongueux, qui tapissait la paroi supérieure de la portion du conduit situé derrière ce diaphragme, ne laissait aucune espèce de doute sur la communication qui existait entre la vessie et le vagin.

Dans ces conditions, il n'y avait plus à songer à maintenir l'intégrité du conduit vulvo-utérin, car cette disposition était pour la malade bien préférable à une incontinence d'urine.

Toute la question était de savoir par où s'échappaient les urines.

J'ai laissé la plaie se cicatriser avant de recourir à un nouvel examen.

Le 2 juin, veille du jour où le malade a quitté l'hôpital, je lui ai recommandé de conserver ses urines jusqu'au moment de la visite. En la plaçant sur le bord de son lit, j'ai pu voir que, sous l'influence d'une contraction légère, elles s'échappaient par l'orifice anormal ; il ne s'en est pas écoulé une seule goutte par le canal de l'urèthre.

Nul doute que les fibres musculaires qui doublent la muqueuse vaginale ne soient, chez cette malade, susceptibles d'obéir à la volonté et de se contracter sous son influence comme celles qui forment le col de la vessie.

La conséquence pratique qui découle de ce fait est que, dans les pertes de substance considérables du canal vésico-vaginal, s'il était impossible de remédier à la perte de substance par un des procédés opératoires récemment imaginés, on pourrait obtenir, par une cautérisation au fer rouge, la destruction de la muqueuse du vagin et l'adhérence de ses parois, bien mieux qu'en pratiquant la suture du conduit.

Si l'oblitération est complète, les urines et le sang des règles s'écouleront par le méat urinaire. Dans le cas où il resterait une ouverture fistuleuse, elle pourrait donner issue à ces produits, l'intervention de la volonté pouvant soustraire ces malades à une incontinence d'urine.

DISCUSSION

M. LARREY, à propos de la première communication de M. Fleury, signale la rareté des hydrocèles doubles, dont il n'a rencontré qu'un très-petit nombre de cas sur les sujets qu'il a examinés comme membre des conseils de révision et dans les hôpitaux.

M. BOINET rappelle qu'à la suite des injections iodées dans la tu-

uique vaginale, les adhéreuces sont loin d'être constantes, ainsi que cela résulte des observations de Velpeau, de M. Hutin et de M. Boinet lui-même. Quant à l'influcnce des adhérences sur la sécrétion spermatique, M. Boinet cite le fait d'un étudiant, qui, atteint puis guéri d'une hydrocèle double, n'en eut pas moins des enfants après son mariage, et celui d'un autre malade, porteur de la même affection, mais non opéré, qui resta sans progéniture. Ces deux faits pourraient autoriser une conclusion inverse de celle de M. Gosselin ; on sait, en effet, que les hydrocèles, en persistant un long temps, finissent par étaler et altérer l'épididyme.

M. LE FORT pense que la guérison par les injections peut s'opérer de deux manières : tantôt il se produit une simple modification dans la vitalité de la tunique vaginale, sans inflammation notablc, et tantôt lc liquide irritant détermine une inflammation vive, suivie d'adhérences. Les observations de Hutin ont été faites sur des malades qui n'avaient point été suivis par ce chirurgien.

M. PERRIN répond que Hutin a basé son travail sur un certain nombre de malades qu'il avait opérés lui-même. Il pense que l'hydrocèle des vieillards, qui se produit souvent en l'absence de toute induration de l'épididyme, offre un terrain propice pour la guérison sans adhéreuces.

M. PAULET admet, au contraire, que l'hydrocèle est très-souvent consécutive à une épididymite blenuorrhagique, qui laisse à sa suite des indurations, parfois très-petites, mais produisant néanmoins une obturation des voies spermatiques. Il n'est donc pas besoin, dans ces cas, d'invoquer les adhérences pour expliquer la stérilité.

M. SÉE a constaté assez fréquemment l'hydrocèle double chez les enfants. A ce propos, il fait remarquer que les hydrocèles dites congéniales, ou se montrant à la naissance, paraissent plus rarement qu'on l'a dit communiquer avec la cavité péritonéale puisque, depuis qu'il est à l'hôpital Saint-Eugénie, dans un service d'enfants où les hydrocèles sont très-communes, il n'a pu constater une seule fois cette communication.

M. FORGET établit uue distinction entre l'adhérence et l'oblitération de la tunique vaginale, par la fusion de ses deux feuillets. Cette fusion est rare, tandis que les adhérences plus ou moins étendues paraissent être fréquentes, si l'on en juge par ce fait qu'après l'opération le testicule est ordinairement moius libre qu'à l'état normal.

M. MARJOLIN pense que les hydrocèles des enfants sont fréquemment en communication avec la cavité péritonéale, bien que la pression ne puisse refouler le liquide dans cette cavité, circonstance qui

tient, dit-il, à l'irrégularité du canal intermédiaire. Ce qui prouve que la communication existe, c'est que les parents assurent que la tumeur est moins volumineuse le matin, ou même a complétement disparu après un séjour prolongé au lit. Chez les enfants, d'ailleurs, les applications d'hydrochlorate d'ammoniaque suffisent ordinairement pour amener la guérison, tandis que, dans un cas où il traversa la tumeur par un séton filiforme, il survint une inflammation suppurative suivie de mort. M. Marjolin conseille donc de s'abstenir de toute opération chirurgicale.

M. TILLAUX s'est servi de la méthode de Monod sans résultat louable chez l'adulte ; mais cette méthode paraît lui avoir donné un succès véritable chez un enfant, dont la guérison s'était maintenue quatre mois après l'opération.

M. SÉE n'a point constaté l'efficacité des applications locales dans le traitement de l'hydrocèle chez les enfauts, qu'il soumet aux injections iodées comme chez l'adulte. Il n'a jamais eu d'accident jusqu'à ce jour.

M. BLOT, de même que M. Sée, a vu rarement persister la communication entre la vaginale et le péritoine. Au sujet de l'efficacité de la méthode de Monod chez l'enfant, M. Blot pense qu'il faut faire des réserves, attendu qu'à cet âge les hydrocèles guérissent souvent spontanément.

M. POLAILLON est partisan de la méthode de Monod. Quatre ou cinq gouttes injectées dans la tunique vaginale, sans évacuation préalable du liquide contenu, ont suffi pour procurer la guérison.

M. DEMARQUAY a vu des accidents formidables et la mort survenir après les injections irritantes dans la tunique vaginale, lorsque celle-ci était épaissie et vascularisée, comme dans les cas d'hématocèle.

RAPPORTS

M. VERNEUIL fait un rapport verbal sur une observation de tétanos communiquée par MM. Boindy et Blain.

M. HORTELOUP lit un rapport sur un fait d'extraction d'un calcul prostatique volumineux, communiqué par le docteur H. Dumont. Ce rapport est renvoyé au comité de publication.

M. LE FORT fait un rapport verbal sur une communication de M. Moura, relative aux suites de la trachéotomie. Conformément aux conclusions de M. Le Fort, l'observation de M. Moura sera insérée au bulletin.

COMMUNICATION

M. LÉON LE FORT communique l'observation suivante :

Calculs nombreux de la prostate, lithotritie uréthrale et extraction des calculs par l'urèthre. — Guérison. — Dans le courant du mois de juillet 1859, M. F..., âgé de soixante ans, éprouva dans la région périnéale de l'urèthre des douleurs vagues accompagnées de pertes séminales. Le médecin qu'il consulta lui conseilla les bains de mer; les accidents cessèrent jusqu'au mois de novembre 1864. A cette époque des douleurs vives se montrèrent à chaque émission de l'urine et bientôt se formèrent deux fistules périnéales par lesquelles l'urine passait en aussi grande quantité que par l'urèthre. En avril 1865, le malade vint à Paris et se confia aux soins de Michon. Le cathétérisme ne put être pratiqué, et ce ne fut qu'après un assez grand nombre de tentatives qu'on put faire pénétrer jusque dans la vessie une très-fine bougie. Cette bougie fut laissée à demeure, puis remplacée par des bougies d'un calibre de plus en plus considérable; mais ce ne fut qu'après plus d'un mois de traitement qu'on put remplacer les bougies par des sondes. En résumé, le rétrécissement fut traité par la dilatation, et l'on y joignit de larges incisions dans la région périnéo-scrotale. Lorsque des sondes métalliques purent être introduites, Michon constata la présence d'un calcul immobile qui lui parut être placé, soit dans la région prostatique, soit vers le col de la vessie. Le calcul paraissant enclavé et ne pouvant être saisi avec un instrument lithotriteur, Michon crut devoir s'abstenir de toute tentative d'extraction, d'autant plus qu'il n'empêchait pas le passage de l'urine. Lorsqu'après six mois de traitement le malade put quitter Paris, Michon lui conseilla l'introduction, une fois par semaine, d'une sonde de gomme élastique dans le but de prévenir le retour du rétrécissement. Pendant deux ans, le malade suivit cette recommandation, puis il cessa complétement l'usage des sondes.

Pendant sept ans, il n'y eut pas d'accidents de nature à inquiéter le malade; mais, en juillet 1873, il s'aperçut que l'urine, au moment de l'émission passait en partie par le rectum. La difficulté pour uriner qui peu à peu s'était montrée, devient considérable dans le courant d'octobre, et le malade sur le conseil de l'un de ses parents, M. le docteur Martin (de Nevers), vint à Paris et se confia à mes soins, en novembre 1873.

L'examen du malade me révéla les faits suivants. L'aspect de la région n'offre rien de particulier à noter. Par le toucher rectal on sent une prostate volumineuse, faisant saillie dans le rectum et remontant plus que dans les cas ordinaires d'hypertrophie prostatique. La partie comprise entre la prostate et l'anus est tendue, et légèrement saillante du côté du rectum. Au périnée, la palpation ne montre rien d'anormal. L'examen au spéculum, pas plus que le toucher, ne permet de constater à quel niveau existe dans le rectum l'ouverture de la fistule, qui, à chaque émission de l'urine, en laisse sortir par l'anus une certaine quantité. Une sonde métallique introduite dans l'urèthre révèle, sur les confins des régions membraneuse et prostatique, l'existence d'un calcul sur lequel la sonde frotte en passant, mais l'instrument est bientôt arrêté au niveau de la prostate, et partout il donne la sensation de la rencontre de calculs. Cependant, lorsqu'on abaisse fortement le pavillon de la sonde, il semble que l'instrument vient appuyer par son bec sur des parties molles et non sur des calculs. Le malade est obligé d'uriner très-fréquemment, l'urine ne sort que goutte à goutte au début de la miction et ensuite par un jet filiforme, mais qui ne présente pas les caractères de la projection, l'urine tombe dans le vase placé sous la verge. Connaissant les antécédents du malade, sachant que Michon avait constaté huit ans auparavant l'existence d'un calcul prostatique enchatonné, mais aussi d'un rétrécissement qu'il avait traité par la dilatation, et le malade avouant que depuis plusieurs années il avait cessé de passer des sondes, je me demandai si je n'avais pas affaire à un rétrécissement existant au niveau de l'orifice intérieur des anciennes fistules, et si je ne devais pas me contenter, à l'exemple de Michon, de chercher à rendre au canal son diamètre par la dilatation, sans me préoccuper de l'existence du calcul.

J'essayai tout d'abord l'introduction d'une fine bougie. Pendant deux ou trois jours, j'échouai, enfin je crus avoir réussi à pénétrer dans la vessie. Je fixai cette bougie à demeure, et le lendemain j'essayai de me guider sur elle pour introduire mon dilatateur. (Les bougies spéciales que j'ai fait fabriquer il y a quelques années renferment, du côté du talon, un fil de baleine qui leur donne une certaine rigidité. Elles sont légèrement coniques et portent à leur talon une armature métallique qui me permet de les visser solidement sur trois conducteurs métalliques de grosseur variable, ayant la courbure des sondes, mais formant, depuis leur pointe, un cône. Ces trois conducteurs introduits successivement me permettent de pratiquer sans violence, sans déchirure, la dilatation complète du canal, le plus

ordinairement dans une seule séance. Depuis six ans, cette méthode, que je ferai connaître bientôt avec détail, m'a donné des succès constants).

Lorsque le dilatateur eut pénétré jusque dans la portion membraneuse, je fus fort étonné d'éprouver une certaine résistance pour le faire pénétrer plus loin. J'eus le soupçon que la bougie conductrice, au lieu d'être dans la vessie, pourrait bien s'être repliée dans un urèthre dilaté, et, en effet, je reconnus en retirant l'instrument que la bougie s'était repliée sur elle-même. J'essayai les jours suivants d'introduire de nouveau une bougie, j'échouai plusieurs fois, et lorsque je crus une fois encore avoir pénétré dans la vessie, je constatai les mêmes obstacles et les mêmes incidents que la première fois. Il semblait, par la sensation très-nette de frottement contre des calculs, que la bougie s'engageait *sous* un calcul et dans une poche plus ou moins large située entre le canal et le périné. La bougie semblait se contourner au milieu des calculs, et deux fois il m'arriva d'avoir quelque peine à la retirer, comme si elle entraînait avec elle les deux calculs entre lesquels elle était engagée, et qui la serraient alors comme dans un étau.

Convaincu que ces calculs se trouvaient sur la paroi périnéale du canal, et que la portion prostatique du canal était refoulée sous le pubis (ce que je pus constater après la guérison), j'eus l'idée de me servir comme conducteur d'une sonde percée à son extrémité mousse d'un trou assez large pour laisser passer une bougie garnie de son armature métallique, à laquelle était vissée une seconde bougie en baleine. J'échouai encore de cette façon. Je fis faire alors une sorte de sonde cannelée, très-longue, d'une courbure analogue à celle des sondes, et je glissai dans sa rainure une bougie en baleine, afin d'éviter de m'engager entre les calculs et de suivre ainsi la paroi supérieure du canal de l'urèthre. Je pus ainsi pénétrer dans la vessie; mais, quand je voulus répéter cette manœuvre sans l'aide de ce conducteur métallique afin d'employer des bougies dilatatrices, j'échouai de nouveau.

Il devenait évident que les calculs formaient l'obstacle principal, peut-être même l'obstacle unique au passage de la sonde, car rien ne prouvait l'existence d'un rétrécissement, si rare, même lorsqu'il est dû à une rétraction cicatricielle, dans la région prostatique. Il fallait donc délivrer le malade de ses calculs et, pour cela, la première idée qui se présentait était de pratiquer une boutonnière dans la région périnéale et d'évacuer les calculs par l'ouverture faite au périnée. Mais le malade se refusait énergiquement à toute opération

sanglante, et il s'en exagérait même beaucoup la gravité. J'étais donc amené à tenter l'extraction des calculs par l'urèthre.

Pour arriver jusqu'à eux, je ne pouvais me servir d'instrument droit, puisqu'ils se trouvaient au-delà de la courbure de l'urèthre, et chez mon malade on avait la plus grande peine à redresser le canal en abaissant le pavillon de la sonde, cette manœuvre occasionnant une vive douleur. Je fus obligé de renoncer à me servir des brise-pierres uréthraires de Leroy d'Étiolles, de Nélaton, et j'eus recours à une pince de Hunter, légèrement courbe sur le champ des mors. Pour pouvoir saisir les calculs, je dus, avec une sonde cannelée spéciale et avec les plus grands ménagements, me faire en quelque sorte la voie, car les calculs étaient incrustés dans les parties molles. Je commençai mes tentatives le 6 janvier; mais ce jour-là, comme du reste pendant tout le traitement, je ne fis que de très-courtes séances. Dès la première tentative, je pus saisir par l'extrémité des mors une partie du calcul, que je brisai. Le 9, le malade rendit pour la première fois un petit calcul de la grosseur d'un pois. Les séances furent continuées de la même façon tous les deux jours; les 9, 10, 15 et 30, le malade rendit de nouveau les calculs dont l'un, de forme irrégulièrement cylindrique, avait 2 centimètres de longueur. Ces calculs méritaient, par leur aspect luisant et nacré, aussi bien que par leur dureté, l'épithète de calculs en porcelaine; ils semblaient comme vitrifiés sur une partie de leurs faces, mais ils étaient englobés dans une enveloppe calcaire de phosphate d'une couleur blanchâtre. Il était évident qu'il n'existait pas un calcul unique, mais des calculs multiples, retenus par une enveloppe, car les calculs présentaient assez ordinairement plusieurs facettes et parfois, en particulier, le 8 février, le malade rendait des fragments d'urine blanchâtre analogues à un coquillage. Le 13 février, le malade rendit cinq calculs; le 17, le 24, il en rendit quelques-uns; le 5 mars, il en expulsa de nouveau simultanément trois, dont un assez gros et deux petits.

Depuis le milieu de février, la pince d'Hunter ne me permettait plus d'arriver jusqu'aux calculs, sa courbure étant insuffisante pour me laisser arriver jusqu'aux calculs placés plus profondément, ceux qui se trouvaient en avant ayant été enlevés peu à peu. Je fis faire alors deux pinces courbées sur le plat dans la partie des mors dépassant la canule.

Les branches de ces pinces étaient de longueur inégales, afin de me faciliter l'engagement de la branche la plus longue, agissant comme une sorte de cuiller, soit au-dessus, soit au-dessous du calcul que je voulais saisir. C'est à l'aide de ces pinces, ainsi modifiées,

que j'avais extrait, ou plutôt brisé la plupart des calculs expulsés. Malheureusement, le 10 mars, je saisis vraisemblablement, en même temps qu'un calcul, un fragment de muqueuse, peut-être même la branche la plus longue pénétra-t-elle dans le tissu de la prostate ; quoi qu'il en soit, le malade éprouva une assez vive douleur, et il se fit un suintement léger de sang noir, suintement qui continua pendant trois jours. En même temps, par suite du gonflement des parties lésées, il survint une rétention d'urine, rétention malheureusement complète, la fistule rectale ayant cessé depuis quelque temps de laisser passer l'urine. Je prévins mon confrère et ami le docteur Martin de ce grave incident : il se rendit aussitôt à Paris, et nous nous concertâmes sur le parti à prendre.

Le cathétérisme forcé nous parut plus dangereux encore que d'ordinaire, en présence des changements de rapport survenus du côté de la région prostatique ; la ponction capillaire de la vessie avec la seringue aspiratrice n'était qu'un palliatif, mais nous pouvions espérer que la diminution de l'inflammation permettrait au cours de l'urine de se rétablir.

C'était ici surtout le cas de recourir à la boutonnière, car nous pouvions profiter de l'ouverture pour terminer l'enlèvement des calculs ; mais j'ai déjà dit toute la répugnance qu'avait le malade pour une opération sanglante. Nous nous étions donc décidés à pratiquer la ponction capillaire de la vessie, lorsque la réouverture spontanée de la fistule rectale nous exempta de toute intervention active et permit l'évacuation de la vessie.

Peu à peu la fièvre et les accidents diminuèrent et, le 7 avril, le malade rendit spontanément un calcul volumineux.

Pendant le mois d'avril, je dus m'absenter de Paris, et le traitement fut interrompu. Dès le mois de mai, le traitement fut repris, et l'évacuation d'une quinzaine de calculs écrasés, extraits ou expulsés depuis le commencement du traitement, en laissant un peu plus de place à l'action des instruments, me permit d'employer le petit brise-pierre uréthral d'Amussat. Mais il me fallut cependant continuer, comme précédemment, à dégager, avec ma sonde cannelée spéciale. les calculs enchatonnés par une partie de leur surface, les uns sur la paroi antérieure, les autres sur la paroi postérieure de l'urèthre. Ce n'était qu'après les avoir dégagés et rendus libres que je pouvais les saisir, lorsqu'ils étaient tombés dans l'espèce de poche résultant de l'évacuation des premiers calculs. Les 5, 7, 11, 15, 16, 18 et 22 mai, je pus non-seulement briser, mais extraire de nouveaux calculs; enfin,

le 25 mai, je parvins à en extraire trois, et, dans la journée, quelques petits fragments furent expulsés avec l'urine.

J'étais enfin arrivé au but si longtemps cherché ; le canal exploré avec soin et à plusieurs reprises ne contenait aucun calcul.

Le lendemain, j'essayai avec la sonde de pénétrer dans la vessie ; j'y arrivai facilement, mais en contournant de près la face postérieure du pubis. Pendant quelques jours je laissai reposer le malade; mais, pour éviter que l'urine, en s'engageant dans le cul-de-sac prostatique où étaient logés les calculs, retardât le retrait et la cicatrisation de la poche, j'engageai le malade à n'uriner qu'au moyen de la sonde, et je lui appris à se sonder. Malheureusement, dans une de ses tentatives, il fit probablement quelque fausse route, car, après une légère perte de sang, il se manifesta une cystite assez intense qui céda peu à peu au repos et à l'usage des capsules de térébenthine, mais qui n'était pas encore tout à fait guérie lorsque le malade, désireux de retourner chez lui, quitta Paris.

Les calculs que je vous présente formeraient par leur réunion un volume assez considérable ; ceux que vous voyez entiers présentent cette particularité qu'une de leur face au moins, au lieu d'être lisse comme les autres, est grenue et comme parsemée de petits orifices. C'est par cette face qu'ils adhéraient aux parties molles, et ces dépressions sont l'empreinte des bourgeons charuus déterminant ses adhérences, aussi je crois que si, au lieu d'extraire progressivement et lentement ces calculs, j'avais, dans une même séance, grâce à une incision périnéale, procédé à leur enlèvement simultané, j'aurais déterminé, par la déchirure de ces bourgeons charnus, des accidents redoutables. Quelle qu'ait été la longueur du traitement, cette observation démontre la possibilité d'extraire par l'urèthre de volumineux calculs de la prostate : c'est à ce point de vue surtout qu'elle m'a paru digne d'intérêt.

ANESTHÉSIE PRODUITE PAR LA COMPRESSION.

M. LE FORT appelle l'attention de la société sur l'auesthésie déterminée par la compression des membres suivant la méthode d'Esmarch. Cette anesthésie a permis à M. Le Fort de pratiquer deux opérations, une résection du coude et une amputation de la jambe, sans chloroformiser les malades, qui néanmoins n'ont pas poussé le moindre cri.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Si M. Le Fort a observé deux fois l'anesthésie des membres en état d'ischémie, de nombreuses expériences ont montré, au contraire, que l'interruption de la circulatiou par le lien élastique ne rendait nullement les parties insensibles. Ces résultats contradictoires s'expliquent sans peine par la constriction plus ou moins énergique exercée par la bande.

Plus d'uue fois déjà, l'ischémie opératoire appliquée au membre supérieur ayant produit des paralysies prolongées de l'avant-bras, il n'est pas surprenant qu'elle puisse parfois ramener l'analgésie au cours de l'opération ; mais un tel effet doit être soigneusement évité plutôt que recherché, car il ne serait pas possible d'en calculer à l'avance les suites.

Il faut se contenter de l'ischémie pure et simple, qu'on peut d'ailleurs obtenir facilement et eutretenir longtemps sans porter atteinte aux fonctions nerveuses.

J'ai pu, dans une opération très-laborieuse de résection tibio-tarsienne, anémier complétement la jambe pendant plus de cinquante minutes, au bout desquelles le malade, qui sortait du sommeil chloroformique, donna des signes non équivoques de souffrance à l'occasion d'une ligature d'artère.

La seule paralysie iuévitable après la compression élastique, est celle des petits vaisseaux et des capillaires; elle est passagère, à la vérité, mais reud quelquefois assez difficile l'hémostase définitive après l'ablation du lien constricteur. A ce propos, je critiquerai, sans malveillance du reste, une assertion empreinte d'un enthousiasme un peu exagéré. Chaque observateur, en terminant le récit d'une opération par la méthode nouvelle, croit bon d'ajouter que *le patient n'a pas perdu une goutte de sang!*

La chose peut être vraie pendant que le couteau agit et tant que la ligature élastique reste en place; mais elle ne l'est plus après l'ablation de cette dernière. En supposant même faite la ligature des artères principales, on voit alors la plaie se couvrir d'une abondaute rosée sanguine, et le sang jaillir d'un plus ou moins grand nombre d'artérioles innominées. Quelque dextérité que l'on mette à lier celles-ci, le suintement n'en dure pas moins assez longtemps pour que la perte totale soit fort appréciable.

Dans uue amputation de la cuisse à la partie moyenne faite sur un sujet vigoureux, j'estime avoir perdu au moins 250 grammes sur

toutes les sutures musculaires fournissant des jets distincts. Dans un cas de désarticulation médio-carpienne, faite sur une main anciennement mutilée et dont le moignon ne paraissait formé que de débris osseux et de tissu inodulaire, je ne m'attendais à trouver que des vaisseaux sans importance. La section fut tout à fait exsangue, en effet. Comme, d'autre part, les orifices vasculaires étaient perdus dans les gangues fibreuses si invisibles, j'enlevai le tube élastique. Aussitôt le sang jaillit par un si grand nombre de points à la fois que je dus faire immédiatement comprimer l'humérale pour appliquer convenablement les ligatures. Il n'en fallut pas moins d'une douzaine. Ce nombre et le volume inattendu des jets me permettent d'affirmer que les artérioles avaient subi, par le fait de la compression, une amplitude qu'on ne peut attribuer qu'à leur paralysie.

Ces remarques n'ont pas pour but de déprécier la méthode, de contester la sécurité qu'elle apporte à l'opérateur, de nier davantage l'économie du sang qu'elle réalise, mais seulement de dire ce qui est vrai : c'est-à-dire qu'elle ne prévient pas, qu'elle semble même augmenter l'hémorrhagie post-opératoire, et qu'elle est suivie d'un suintement qui, dans certains cas, s'est prolongé pendant plusieurs heures.

Si j'y insiste, c'est que ce phénomène est de nature à gêner l'emploi d'un mode de pansement auquel il nous serait difficile, au moins en France, de renoncer désormais, je veux parler du bandage ouaté. Évidemment, il est indiqué de ne l'appliquer qu'après l'arrêt complet du sang; or, avec le suintement en question, il faut ou différer longtemps le pansement ou s'exposer à voir le sang s'accumuler dans le foyer, entre les lambeaux et dans le fond de la capsule ouatée. Je ne fais que signaler cet inconvénient, prêt d'ailleurs à l'étayer de preuves, mais j'ai ouï dire qu'on avait observé déjà de véritables hémorrhagies primitives prolongées ou secondaires précoces, qui avaient forcé les chirurgiens à enlever prématurément le pansement ouaté.

Si les faits se multipliaient, il faudrait donc renoncer à l'ischémie ou au bandage ouaté, à moins qu'on n'arrivât à combattre sûrement le suintement prolongé, ce qui vaudrait mieux encore.

Il serait utile, dans l'intérêt de la méthode, qu'une discussion sérieuse fût ouverte sur ce point intéressant de pratique.

M. DEMARQUAY avait songé également à utiliser la compression pour produire l'anesthésie. Pour s'assurer des effets qu'on peut obtenir dans cette direction, il a expérimenté sur des malades de son service atteints de varices; il a été déçu dans son attente : à peine la bande de caoutchouc enlevée, la sensibilité est revenue.

M. TRÉLAT se montre surpris de l'excellent résultat obtenu par M. Le Fort; quant à lui, voulant enlever un sequestre du radius, il a essayé, mais sans succès, d'anesthésier le membre en le rendant ischémique. M. Trélat pense qu'il faut une compression très-énergique pour produire l'insensibilité, et que d'ailleurs il existe de grandes différences entre les divers individus, relativement à la douleur déterminée par une même lésion.

M. DEMARQUAY n'a jamais pratiqué la compression plus de vingt-cinq à trente minutes. Un fait qu'il a récemment observé, lui paraît de nature à expliquer l'anesthésie provoquée par la compression. Une homme de soixante-dix ans, qui avait éprouvé subitement une douleur violente dans le jarret, fut porté dans le service de M. Demarquay, qui constata, en même temps qu'une oblitération artérielle, une insensibilité complète de la jambe. Plus tard, la circulation se rétablit dans la tibiale antérieure, et concurremment le membre redevint sensible, preuve que l'anesthésie dépendait de l'ischémie.

M. LE FORT attribue l'anesthésie produite dans ces cas à la compression des nerfs et non à l'ischémie.

M. TRÉLAT voit dans l'insensibilité survenue chez le malade de M. Demarquay, un effet de la compression des nerfs déterminée par un anévrysme développé brusquement. Mais une semblable compression ne peut être produite artificiellement au membre inférieur; au membre supérieur, elle est dangereuse et peut donner lieu à une paralysie momentanée ou persistante.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tumeur kystique et adénoïde du sein, observée chez l'homme. — M. DEMARQUAY présente l'observation suivante avec pièces anatomiques à l'appui. Un homme de soixante-huit ans entre dans son service le 19 mai pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse du sein droit, dont l'origine remonte à trois ans. Cette tumeur, d'abord du volume d'une aveline, alla en augmentant. La peau petit à petit finit par se vascular iser, à mesure que la tumeur augmentait, elle présenta des lobes distiucts, sans jamais présenter de douleurs. Au moment de l'entrée du malade dans le service, la tumeur présente une circonférence parfaitement limitée, elle est mobile sur les parties profondes, elle présente trois lobes, sa circonférence est de 30 centimètres, sa hauteur d'environ 6 centimètres, la peau qui la recouvre est fortement adhérente; par la palpation,

on limite parfaitement les trois cavités kystiques en même temps que l'on apprécie sa partie solide formée par la base de la tumeur. Le kyste le plus volumineux est à la partie interne de la tumeur. Les deux autres kystes occupent la partie supérieure et interne. La peau recouvrant ces kystes est vasculaire, et de plus elle a une teinte bleuâtre.

La tumeur a été enlevée par une incision ovalaire, et détachée des parties profondes sans que l'aponévrose du grand pectoral fût intéressée la plaie résultant de l'opération fut réunie par première intention. Un drain étant préalablement placé au fond de la plaie, afin de favoriser l'écoulement de la sérosité et du pus.

L'histologie de la tumeur a démontré qu'elle était constituée par un tissu adénoïde ; quant aux kystes, ils étaient formés par une dilatation des vaisseaux galactophores, ils étaient remplis par un liquide brunâtre. Les parois internes des kystes étaient tapissées par une couche épithéliale.

Les ganglions lymphatiques sous-axillaires n'avaient subi aucune altération malgré l'époque éloignée de suppuration de la tumeur.

Ce fait intéressant sera reproduit avec un dessin dans le journal de M. de Montméja.

A propos de cette présentation, M. Tillaux cite le fait d'une tumeur du sein ulcérée, du volume d'une orange, dont il a pratiqué l'extirpation sur un homme entré dans son service. Il s'agissait là d'un véritable cancer, qui déjà avait donné lieu à une altération des ganglions axillaires ; ceux-ci furent enlevés par M. Tillaux en même temps que la tumeur principale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.

2° La lettre suivante, de M. le docteur Méhu.

Monsieur le président,

Je viens de lire dans un compte rendu des séances de la Société de chirurgie (*Bulletin de thérapeutique*, 30 juin 1874, p. 547), une note sur le liquide de la grenouillette, où il est dit que je ne suis pas en mesure de me prononcer sur la nature du liquide de ces tumeurs.

C'est une erreur. Dans la grenouillette simple, il n'y a que de la mucine (et des sels), principe parfaitement défini par Scherer, et des plus faciles à caractériser.

Dans le cas cité par M. Tillaux, outre la mucine, c'est-à-dire le principe caractéristique du liquide normal, il y avait de l'albumine et des leucocytes; ceux-ci étaient assez abondants et formaient, par le repos, une couche jaunâtre très-apparente. Ce qui veut dire que, sous des influences que je n'ai point à préciser, il y avait eu inflammation de la poche.

Je publierai prochainement une note sur ce sujet, bien connu d'ailleurs depuis longtemps.

Je vous prie d'agréer, etc.

Hôpital Necker, le 1er juillet 1874.

3° Une lettre de M. le docteur Moutet, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier, accompagnée d'une *Observation de tétanos traumatique*.

M. DESORMAUX présente une brochure de M. Julliard, de Genève, candidat à la place de membre correspondant, intitulée : *Relation d'une opération d'ovariotomie*.

M. LARREY présente : 1° un volume de M. Bérenger-Féraud, intitulé : *De la fièvre jaune au Sénégal*; 2° une brochure sur *la Morsure de la vipère*, par le docteur Fredet, de Clermont.

M. TILLAUX. Je demande la parole, à propos de la correspondance, relativement à la lettre qu'a adressée à la Société M. Méhu. J'ai envoyé à M. Méhu le liquide d'une des grenouillettes dont j'ai entretenu la Société; il a eu la bonté de m'adresser le résultat de son analyse, ce dont je lui suis très-reconnaissant, et d'après cette analyse même, j'ai dit qu'il était impossible à un chirurgien de se prononcer en faveur de l'hypothèse de la salive ou contre cette hypothèse.

La société décide que la lettre de M. Méhu ainsi que l'observation de M. Tillaux paraîtront au procès-verbal.

LECTURE

M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, lit la note suivante :

Dans la dernière séance, lorsqu'il a été question de l'innocuité chez les enfants de l'opération de l'hydrocèle, par la ponction simple ou suivie d'injection, j'aurais dû me borner à dire que ce mode de traitement était non-seulement inutile, cette affection guérissant la plupart du temps presque spontanément, mais qu'il n'était pas sans danger, attendu que, plus fréquemment qu'on ne le croit généralement, la communication entre la cavité du péritoine et la tunique vaginale persiste encore plusieurs années après la naissance. Malheureusement ayant cité, comme exemple, l'accident qui m'était arrivé après l'emploi d'un séton filiforme, M. Blot m'a fait remarquer avec beaucoup de raison que ce procédé différait notablement de celui de la ponction, et que la présence d'un corps étranger même très-petit, exposait à beaucoup plus de dangers. Je me rends très-volontiers à cet argument, mais je n'en persiste pas moins dans l'opinion que j'ai émise et que j'espère développer un jour devant la société, à savoir que ces hydrocèles soit congénitales, soit infantiles, doivent être rangées parmi les affections chirurgicales du jeune âge qui guérissent presque constamment sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucune opération.

Si je n'avais pour défendre cette opinion que ma pratique personnelle, je pourrais me montrer un peu moins affirmatif; mais fort heureusement j'ai pour la maintenir l'appui de presque tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et c'était aussi la doctrine que j'ai entendu professer par Dupuytren, Sanson, Blandin, Laugier et mon père. Ainsi, non-seulement je crois à la possibibilité de la persistance de la communication entre la cavité du péritoine avec la tunique vaginale pendant un temps qu'il est difficile de préciser, car il y a des exemples de cet état anormal jusque dans l'adolescence (Astley Cooper, traduction de Chassaignac et Richelot, page 480); mais je maintiens également que les signes que j'ai indiqués pour aider à reconnaître l'existence de cette communication sont les mêmes que ceux qui ont été notés par plusieurs auteurs, entre autres Sabatier, qui les expose avec un soin minutieux, avant de décrire le procédé de Viguerie, de Toulouse, pour la guérison radicale de l'hydrocèle congénitale, par la simple application d'un bandage. (Sabatier, *Médec. opér.*, t. IV, p. 29.)

Si l'on ne devait déduire de cette discussion aucune conclusion

pour la pratique, il serait inutile de la prolonger; mais lorsque tous les jours nous sommes à même de constater que la persistance de l'hydrocèle pendant un certain temps n'a aucune influence fâcheuse sur le développement des testicules, et que, de plus, elle guérit presque toujours sans aucune opération; pourquoi donc exposer un enfant bien portant à des accidents qui peuvent entraîner la mort? Cette conduite est-elle véritablement sage? Ce sont ces motifs qui ont fait dire, avec beaucoup de raison, à Velpeau : « Le pronostic de l'hydrocèle congénitale est à la fois moins grave et plus grave que celui de l'hydrocèle des adultes : moins grave, en ce que le mal disparaît plus facilement sans opération; plus grave, parce que si elle devient nécessaire, l'opération semble être plus dangereuse (1). »

N'est-ce pas, d'ailleurs, dans le but de prévenir la pénétration du liquide injecté daus la cavité du péritoine que nous suivons tous, dans l'opération de l'hydrocèle, le précepte constamment recommandé d'appliquer pendant l'injection un doigt sur l'anneau inguinal. N'est-ce pas également par suite des propriétés réputées moins irritantes que, dans ces derniers temps, l'on a employé, de préférence au vin chaud, la teinture d'iode; toutes ces raisons sont, je crois, suffisantes pour démontrer que l'époque de l'oblitération entre la cavité péritonéale et la tunique vaginale étant assez variable, il est plus sage de s'abstenir de toute opération dans une affection qui, très-souvent, guérit en quelque sorte spontanément.

J'ajouterai que, dans tout ceci, je ne crois pas m'éloigner de l'idéal et de la pratique de notre regretté collègue Guersant, dont l'opinion est citée par Holmes, dans son *Traité des maladies chirurgicales des enfants* (pages 878 et suivantes).

Enfin, messieurs, et c'est par là que je termine, après vous avoir cité, dans la dernière séance, l'opinion professée par mon père dans les dernières années de sa pratique, sur la possibilité d'obtenir une cure radicale de l'hydrocèle, même chez des adultes, par la simple application de topiques résolutifs, j'ai cru devoir rechercher si, à une époque antérieure, il avait eu les mêmes idées, et voici ce que j'ai trouvé dans son cours rédigé en 1814 et 1815 par un de ses élèves, M. Raynaud, à propos de la cure radicale de l'hydrocèle.

« Presque tous les auteurs qui ont écrit sur l'hydrocèle pensent qu'on ne peut la guérir qu'en pratiquant des opérations plus ou moins douloureuses, ce n'est pas là mon opinion; j'ai vu guérir radicalement des hydrocèles sans l'opération chez des enfants encore à la

(1) Dictionnaire en 30 volumes, t. XV, p. 187.

mamelle; j'ai donné des soins à un homme de trente-huit à quarante ans, qui a guéri sans opération; j'ai observé le même fait chez nn vieillard de quatre-vingt-trois ans. Il ajoutait: Pourquoi ne pourrait-on pas obtenir la guérison de l'hydrocèle sans opération, alors que l'on voit, dans d'autres cavités, des liquides se résorber ? »

DISCUSSION SUR LE GALVANO-CAUTÈRE.

M. TILLAUX. Messieurs, je me souviens qu'il a été décidé par la société que la question de la galvano-caustie resterait à l'ordre du jour jusqu'à ce que la lumière se fût entièrement faite à ce sujet. Aussi me paraît-il utile de faire connaître les faits qui peuvent tendre à amener cet heureux résultat. L'année dernière, M. Verneuil, M. Trélat, M. Beckel, ont posé les principes de l'application du galvano-cautère; le premier, M. Verneuil, par la relation des opérations qu'il avait pratiquées; le second, M. Trélat, par la description exacte du *modus faciendi* et l'appareil instrumental; M. Beckel, enfin, en donnant pour ainsi dire la théorie exacte du galvano-cautère et en faisant reposer l'hémostase sur la compression préalable des vaisseaux par l'anse métallique et sur la section définitive des tissus sans interposition de globules sanguins. On sait que, dans les premiers essais, le couteau galvano-caustique a donné lieu à de grandes hémorrhagies. Or on est en droit de se poser cette question : Peut-on aujourd'hui pratiquer, sans écoulement de sang, des opérations sur des tissus très-vasculaires?

M. Verneuil a pu pratiquer des trachéotomies sans une goutte de sang, et j'ai moi-même obtenu un résultat identique. On pouvait nous objecter qu'il y a des trachées très-superficielles de plexus veineux très-peu abondantes, et que, dans d'autres circonstances moins favorables, nous n'aurions pas eu le même bonheur. Aussi ai-je depuis pratiqué, à l'aide de la galvano-caustique, des opérations dont le résultat permet, je crois, d'affirmer la supériorité de la méthode.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-six ans, atteinte d'un rétrécissement du rectum à 5 centimètres environ de l'anus. J'avais pratiqué nécessairement la dilatation, la rectotomie superficielle, et cela sans résultat. Je songeai à pratiquer la rectotomie linéaire avec le galvano-cautère. Je commençai, à l'aide de cet instrument, à faire une section de l'anus au coccyx; puis je procédai, couche par couche, jusqu'au-dessus du rétrécissement, et cela sans une goutte de sang. L'opération dura environ une heure. La malade est encore aujourd'hui dans mon service. Elle a été opérée il y a environ

six semaines; je suis, par conséquent, tranquille au sujet des accidents immédiats qui auraient pu se manifester peu de temps après l'opération.

Deuxième fait. Le 13 novembre dernier, on amena à l'hôpital de Lariboisière une jeune fille de seize ans, atteinte d'une tumeur érectile énorme au niveau du sacrum, entée sur la fesse gauche et empiétant sur la fesse droite. Cette jeune fille portait, depuis sa naissance, un nœvus de cette région, et c'est huit mois avant son entrée dans mon service qu'elle s'aperçut du développement de la tumeur sur la place même occupée par le nœvus. Un empirique fut mandé qui, à l'aide de caustiques, donna un véritable coup de fouet au développement de cette tumeur, puis lorsqu'il vit la malade à peu près exsangue et la bourse tout à fait à sec, l'adressa à l'hôpital. La figure de cette pauvre jeune fille avait, à son entrée dans mes salles, les tons mats de la cire. Elle était absolument épuisée.

La tumeur, de forme ovoïde, mesurait 14 centimètres verticalement et 11 centimètres transversalement; elle était, de plus, cernée de toutes parts par des artères de la grosseur d'une radiale normale et présentait, dans toute son étendue, un souffle des plus intenses. J'étais, je l'avoue, fort embarrassé, si embarrassé que je demandai conseil à M. Verneuil, à M. Trélat, qui, tous deux, me dirent qu'ils n'avaient jamais vu de tumeur érectile de cette importance, et qu'il leur paraissait difficile d'instituer un traitement. Le bistouri, l'écraseur même étaient impossibles, vu l'énorme vascularité de la tumeur; je songeai au galvano-cautère. Je fis faire à M. Colin cinq aiguilles de platine, dont une très-longue, que j'enfonçai verticalement à la base de la tumeur et quatre plus courtes que j'enfonçai également perpendiculairement à la première. Je cherchai alors, à l'aide d'une chaîne d'écraseur jetée sous ces aiguilles, à pédiculer sa base, et j'arrivai, en effet, à obtenir une réduction de volume assez considérable pour qu'on pût comparer la tumeur diminuée à une tête de fœtus. J'opérai la constriction jusqu'à ce qu'il me fut impossible d'aller plus loin. Une première anse de platine, que je disposai à la base de la tumeur, avec l'assistance de M. Mathieu fils, cassa; une autre fut appliquée et opéra la section en 25 minutes. Au moment même de la chute de la tumeur, on observa, au centre de sa base, un tout petit jet de sang, qui fut arrêté avec le doigt. Je considère ce fait comme un des plus probants en faveur de l'utilité du galvano-cautère; et l'on peut dire, surtout si l'on parvient à construire des appareils portatifs et faciles à régler, que la chirurgie possède dans cet instrument un moyen de diérèse des plus précieux. La jeune fille qui fait le sujet

de mon observation est guérie, et je l'ai amenée pour la présenter à la société.

M. PERRIN. J'annonce à la société que M. Duboué, de Pau, et M. Dauvé, tous deux membres correspondants, assistent à la séance.

PRÉSENTATION

M. DESPRÈS, retenu par ses fonctions de juge au concours de chirurgie, adresse une note lue par M. Hervouët, son interne, relative à un adénome kystique du voile du palais, en même temps que la malade elle-même.

Cette malade, entrée dans son service depuis quelques jours, offre un exemple remarquable d'adenome kystique des glandes du voile du palais. M. Desprès, qui se propose d'enlever la tumeur, remettra l'observation complète à la société.

La tumeur, nous pouvons le dire tout de suite, occupe la moitié gauche du voile du palais; elle a le volume d'un œuf et descend jusque sur le larynx. Elle est constituée par des kystes et des mamelons durs du volume d'une noisette. Elle existe depuis dix ans au dire de la malade, qui est âgée de cinquante-trois ans et n'a eu jusqu'à ce jour aucune autre maladie. Cette tumeur, qu'un médecin de Chaumont a jugée il y a dix ans devoir être enlevée, a été depuis l'objet d'une erreur de diagnostic; on l'a prise pour une tumeur syphilitique.

M. Desprès soumet cette malade à l'examen de la société comme un exemple des plus rares d'une maladie peu commune.

LECTURES

M. CHAUVEL fait une lecture sur les effets anesthésiques produits par l'appareil d'Esmarck.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE GALVANO-CAUTÈRE.

M. LABBÉ. J'ai eu occasion d'employer souvent le galvano-cautère, notamment pour obtenir l'ablation de certains épithélioma du col utérin, et j'ai consigné les faits dans un mémoire; je me joins à M. Tillaux pour affirmer que nous possédons dans le galvano-cautère un moyen précieux dans des cas absolument inaccessibles aux autres méthodes de diérèse. M. Verneuil a relaté dans la thèse de M. Marchand un grand nombre d'opérations dans lesquelles il s'est servi conjointement du galvano-cautère et de l'écraseur.

Chez un malade que j'ai encore dans mon service, j'ai enlevé toute l'extrémité inférieure du rectum, si bien que durant l'opération par cette méthode mixte, nous avons eu sous les yeux la prostate et les vésicules séminales. Le succès a été complet en tant qu'opération, mais la repullulation du cancer ne s'est pas fait attendre. Sur une femme atteinte d'une affection analogue, entrée dans mes salles cachectique et émaciée, et sortie rose, grasse et fraîche, si bien que son état général permet d'espérer une guérison, j'ai employé le galvano-cautère seul, enlevant la paroi postérieure du rectum à l'aide de fils passés au moyen de grands trocarts et faisant ainsi deux sections latérales. Relativement donc à l'application du galvano-cautère à l'ablation des tumeurs rectales, je m'associe donc pleinement aux idées émises par M. Tillaux, et je crois que l'on ne saurait trop encourager les chirurgiens à marcher dans cette voie et à accumuler le plus de matériaux possible.

M. VERNEUIL. Je félicite M. Tillaux du beau succès qu'il a obtenu en appliquant l'anse galvanique au traitement d'une tumeur érectile qu'il eût été bien difficile de guérir par toute autre moyen. Je suis heureux d'apprendre également qu'il a mis en usage les mêmes agents de diérèse dans la cure d'un rétrécissement rectal par la rectotomie linéaire. Depuis la lecture que j'ai eu l'honneur de faire à la société sur cette utile opération, j'ai fendu également la paroi postérieure du rectum et la peau susjacente avec le couteau galvanique pour essayer de calmer les souffrances d'une malheureuse malade atteinte d'épithélioma rectal, dont l'extirpation complète était à peu près impossible. Malheureusement à cette époque sévissaient dans nos salles de la Pitié des érysipèles graves et des accidents traumatiques de diverses natures. L'épidémie a été si violente qu'elle m'a forcé, ainsi que mon collègue M. Labbé, à évacuer complétement la division des femmes. La malade succomba rapidement à un phlegmon diffus du petit bassin. L'opération avait été cependant d'une simplicité remarquable. Un doigt porté dans le rectum faisait saillir en arrière la paroi de cet intestin et la couche morbide qui la doublait. Le couteau galvanique, promené lentement de haut en bas, de la pointe du coccyx à la commissure anale postérieuse, divisa en vingt minutes environ la peau et toutes les couches sous-jacentes jusqu'à la cavité rectale.

Dans son opération de tumeur érectile, M. Tillaux a associé l'écraseur linéaire et le galvano-cautère. Je recommande depuis bien des années cette combinaison qui m'a rendu les plus signalés services.

A la fin de l'année dernière, j'opérai de cette façon une femme atteinte de polyadénome de l'extrémité inférieure du rectum. J'enlevai complétement 6 à 7 centimètres de cet intestin, et j'obtins un succès qui ne s'est point encore démenti, qui peut-être même sera définitif en raison de la nature particulière de l'affection.

Toute la dissection périphérique de la tumeur fut faite au galvanocautère. La division transversale de l'iutestin fut pratiquée avec la chaîne. L'opération dura une heure environ, mais la perte de sang fut tout à fait insignifiante, et les phénomènes de réparation se succédèrent avec la plus grande simplicité.

L'emploi du galvano-cautère n'a pas seulement pour avantage de simplifier quelques-uns des temps des opérations déjà vulgaires. Il contribuera certainement à agrandir le champ opératoire en rendant possibles et même faciles certaines extirpations devant lesquelles plus d'un chirurgien était disposé à reculer.

La présentation qui vient de vous être faite de la part de M. Desprès, et qui a trait à un adénome kystique du voile du palais, me fournit une occasion naturelle de vous communiquer deux cas de tumeur de ce voile que j'ai récemment enlevées, et de vous montrer en même temps tout le parti qu'on peut tirer en pareil cas du couteau galvanique.

J'ai eu dans un court espace de temps l'occasion de traiter deux épithélioma occupant le bord libre du voile, la luette et les parties avoisinantes des piliers antérieurs et postérieurs. Dans les deux cas, il s'agissait de vieillards, d'ailleurs bien portants, et sans trace aucune de cachexie. L'ulcération et l'induration sur laquelle elle reposait n'avait guère envahi que la moitié du voile. Cependant dans l'un des cas le mal s'étendait à la face gutturale des amygdales et au bord libre de piliers dans toute leur hauteur. Il n'y avait au cou nulle trace d'engorgement ganglionnaire, et comme, d'autre part, la déglutition était très-pénible et l'alimentation très-difficile, je me crus autorisé à tenter l'extirpation.

Je ne me dissimulais pas les difficultés que j'aurais à vaincre dans une région aussi peu accessible et surtout les dangers de l'hémorrhagie et de l'introduction du sang dans les voies aériennes. C'est contre ce dernier accident que je voulus prendre mes précautions.

Plusieurs fois déjà, pour faciliter l'accès vers de volumineux polypes naso-pharyngiens, j'avais fendu verticalement le voile du palais avec le couteau galvanique. Cette section s'était affectuée sans perte sanguine et presque sans douleur. Une autre fois, avec le même instrument, j'avais enlevé très-facilement un épithélioma superficiel de la

commissure intermaxillaire avec envahissement du pilier antérieur voisin; enfin j'avais pratiqué de la même manière l'extirpation partielle de la langue. En conséquence je voulus appliquer la méthode à l'ablation du voile du palais, j'allai donc opérer mon premier malade à la Ferté-sous-Jouarre où il résidait.

Mais le malheur voulut que, par mégarde, j'emportai une pile hors de service. Nous étions trop loin de Paris et le malade était trop bien disposé pour qu'il fût possible ni de changer l'appareil ni d'ajourner l'opération. Comme j'étais d'ailleurs abondamment muni d'instruments appropriés, je fis l'ablation avec les pinces de Museux, le bistouri boutonné et les ciseaux. Ce fut un travail extrêmement laborieux et une séance opératoire dont je me souviendrai longtemps. Le tissu morbide, très-vasculaire et très-friable, saignait au moindre contact, se déchirait en lambeaux sous la pince. Le sang tombant presque directement dans le larynx provoquait de la suffocation, de la toux, et de violents efforts d'expulsion. A plusieurs reprises nous dûmes nous arrêter pour donner à la respiration le temps de se rétablir. Il ne fallut guère moins d'une heure pour terminer cette rude entreprise. Dans les heures qui suivirent, le suintement sanguin, quoique peu abondant, continua et provoqua plusieurs accès violents de dyspnée. A huit heures du soir je fus témoin d'un de ces accès, dans lequel l'opéré eût inévitablement succombé sans la flagellation énergique de l'épigastre, qui parvint, après une longue angoisse, à dissiper l'asphyxie commençante.

L'opération néanmoins fut couronnée de succès, mais je me promis bien, si pareille occasion se présentait, d'employer une méthode plus sûre, et je compris la raison d'être des procédés de ligature multiple qu'on trouve décrits dans les traités classiques de médecine opératoire.

Cette occasion s'est tout récemment présentée, et j'ai pu cette fois, avec l'aide de MM. Dieu fils et Habran (de Reims), mener à bien l'entreprise sans difficultés et sans émotion.

Il s'agissait, comme je l'ai dit plus haut, d'un épithélioma ayant envahi le trou postérieur du voile du palais, le bord libre des piliers et la face interne des amygdales, en un mot toute la circonférence de l'isthme du gosier, la langue exceptée.

Je procédai comme il suit : le patient placé devant une fenêtre, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide et la bouche largement ouverte sans le secours d'aucun instrument, je circonscris avec la pointe du couteau galvanique toute la portion altérée du voile, par une incision courbe à convexité antérieure, parallèle au bord libre de ce voile

et se prolongeant à droite et à gauche jusqu'à la moitié environ de la hauteur du pilier antérieur. Cette section fut faite en plusieurs fois parce qu'au début le malade ne savait pas contenir sa respiration en tenant la bouche ouverte, et que d'ailleurs le voile du palais avait une grande épaisseur.

Ce premier temps ne donna pas une goutte de sang, mais il restait à détacher l'extrémité inférieure des piliers et les deux amygdales; ici j'étais gêné par la langue, dont la base involontairement soulevée masquait les parties et venait toucher la tige du couteau galvanique; il résultait de ce contact une légère brûlure qui faisait plus encore contracter l'organe.

Avec de la patience et en attirant fortement la langue en avant, j'aurais pu sans doute vaincre cette petite difficulté, mais je crus plus commode d'achever l'ablation avec l'écraseur linéaire, c'est pourquoi, je divisai sur la ligne médiane le lambeau en forme de pont que j'avais détaché avec le couteau galvanique ; puis, saisissant avec la pince à griffes latérales l'amygdale et la portion restante des piliers, j'attirai fortement le tout en dedans et en avant de manière à en entourer la base adhérente avec la chaîne de l'écraseur. La même manœuvre fut répétée de l'autre côté, après quoi je serrai simultanément les deux chaînes à raison de deux crans à la minute; en quelques instants j'enlevai de la sorte les deux moitiés de la tumeur. La gorge étant débarrassée du mucus et du sang, je vis du côté gauche à la partie déchirée de la plaie un point suspect. Je le saisis de nouveau avec la pince à griffes et l'excisai sous la chaîne. Je pus me convaincre alors que l'extirpation était bien complète.

Cette opération n'avait guère duré moins d'une heure, mais de ce temps il faut défalquer les nombreux repos que nous accordions au patient sur sa demande, et d'autant plus volontiers que, la plaie galvanique étant exsangue, rien ne nous forçait à nous presser. La douleur provoquée par le couteau rougi était véritablement très-supportable et n'arracha pas un cri; le dernier temps fut, au contraire, assez pénible: d'abord la section médiane de la tumeur fournit un peu de sang, ainsi que les manœuvres nécessaires pour placer convenablement les chaînes, sang qui, malgré sa petite quantité sollicita des efforts d'expulsion; l'introduction dans l'arrière-gorge des pinces et des doigts conduisant la chaîne fut également désagréable, enfin la constriction progressive de celle-ci parut assez douloureuse.

Mais en résumé, et je veux insister sur ce point, l'extirpation fut conduite d'un bout à l'autre sans le moindre incident fâcheux et avec une perte de sang qui n'a pas dépassé quelques grammes.

M. DEMARQUAY. J'ai beaucoup employé la galvano-caustie, et je suis loin de contester son utilité; toutefois, pour la section du col utérin, je donnerai volontiers la préférence à l'écraseur.

Il est très-facile, en effet, de saisir avec la chaîne le col une fois fixé, sans lui imprimer d'abaissement ni de traction tendant à porter en avant le cul-de-sac vésico-vaginal. Le fil, me dira-t-on, est d'une application aussi aisée; j'en conviens; mais une fois le fil placé et l'appareil mis en marche, il devient impossible au doigt du chirurgien, sous peine de brûlure, de suivre le mouvement de l'instrument. D'autre part, j'ai vu, entre mes mains, malgré l'assistance éclairée que me prêtait M. Trouvé, le fil se rompre. La chaîne peut se casser, mais beaucoup plus rarement. Une fois l'opération faite, quelle que soit la méthode, écraseur ou galvano-cautère, le résultat est identique; or, comme tout le monde n'a pas à sa disposition un galvano-cautère, comme, ainsi que vient de le prouver M. Verneuil, on peut, quand on va en province, oublier une des pièces essentielles; comme, enfin, au point de vue des hémorrhagies primitives et secondaires, le résultat est le même, je donnerais, dans l'espèce, la préférence à l'écraseur. J'arrive aux tumeurs rectales. M. Verneuil s'est exagéré, je crois, les services que peut rendre dans ce cas le galvano-cautère. Pour moi, je fends l'anus jusqu'au coccyx, je lie les vaisseaux qui se présentent, et je dissèque les parties malades. Quand j'ai isolé le rectum, je le fends en arrière; je jette des anses de fil à l'aide des aiguilles de Deschamps, et je coupe immédiatement au-dessous; je n'ai jamais eu dans cette opération d'hémorrhagies graves. Je préfère ce procédé, qui est de mise partout, d'autant plus, je le répète, que le chirurgien peut se brûler à l'aide du galvano-cautère et, une fois brûlé, se trouver dans l'impossibilité de continuer l'opération avec la dextérité nécessaire.

M. LABBÉ. Je désirerais demander à M. Verneuil son avis au sujet de l'emploi du galvano-cautère pour pratiquer les incisions libératrices dans la staphyloraphie. Après une opération analogue pratiquée par moi il y a quelque temps, j'ai eu vingt-quatre heures d'inquiétudes très-vives par suite du gonflement périphérique qui s'était produit et avait déterminé une asphyxie imminente. Je signale ce fait pour attirer l'attention à cet égard. Quant à M. Demarquay, je me permettrai de lui faire observer qu'il a avancé des propositions qu'il est difficile d'admettre. Nous savons tous quelle grande valeur il faut accorder à l'écraseur; mais de là à ouvrir de grosses veines avec le bistouri, il y a bien loin. Nous n'en sommes plus au procédé de Lisfranc, et je ne comprends pas que lorsqu'on peut disposer

d'un instrument aussi précieux que le galvano-cautère, on persiste à employer des moyeus aussi dangereux.

Je conviens qu'on peut écraser le col utérin ; mais je ne crois pas que le résultat soit le même qu'avec le galvano-cautère. J'insiste sur ce fait que, quoi que l'on fasse, on est presque toujours obligé, quand on use de l'écraseur, d'employer les tractions utérines ; or, quand on voit des retentissements du côté du petit bassin suivre de près les opérations les plus bénignes ; quand on voit dans les faits de Nélaton, remis en mémoire par M. Gillette, un simple toucher déterminer une métro-péritonite, on peut conclure qu'il n'est pas inoffensif de tirer, si peu que ce soit, sur l'utérus. Or l'anse malléable, docile à se mouler sur les surfaces qu'elle touche, peut être facilement placée avec les doigts introduits au fond du vagin, et l'on a, de cette façon, l'immense avantage que loin de s'exposer à prendre les culs-de-sac, on repousse, au contraire, le col en arrière et qu'on les évite, pour ainsi dire, malgré soi.

M. TRÉLAT. J'approuve pleinement l'ingénieuse fusion du galvano-cautère et de l'écraseur préconisée par M. Verneuil. M. Demarquay, dont je regrette le départ, a énoncé des faits qui ne peuvent se concilier avec la réalité. Pour lui, les surfaces de section produites soit par le galvano-cautère, soit par l'écraseur, sont identiques. Elles n'ont que ce caractère commun ; elles sont exsangues; mais là s'arrête leur similitude; et le mécanisme de leur production est absolument différent, comme Beckel et moi-même l'avions démontré. M. Demarquay fait une peinture absolument fantaisiste des opérations qu'il a tentées, et la faute qu'il a commise est grande lorsqu'il s'est confié, pour le choix de l'anse coupante, à un fabricaut d'instruments. Lorque son fil s'est brisé, il l'a été à la suite d'une manœuvre mal conduite ; et quand on veut manier le galvano-cautère, il est nécessaire d'en counaître les finesses. M. Demarquay craint de se brûler les doigts, alors qu'à défaut d'un aide habitué à ces sortes d'opérations, il suffit de presser un bouton ou de faire diriger le jet d'un irrigateur sur l'ansc métallique pour arrêter l'incandescence d'un fil, que M. Demarquay nous dépeint comme un embrasement général.

En fin de compte, un écraseur est moins encombrant, plus portatif qu'uu galvano-cautère, surtout quand on se transporte à de grandes distances. Il ne faut pas repousser une méthode pour des raisons aussi puériles.

Je ne nie pas que, pour l'ablation du col, on ne puisse établir un parallèle entre l'écraseur et le galvano-cautère ; mais pour les tumeurs

érectiles analogues à celle que nous a présentée M. Tillaux, le galvano-cautère est le seul instrument possible. Le procès que lui fait M. Demarquay est fondé sur des pièces contre lesquelles je proteste.

M. TILLAUX. J'avoue avoir peu saisi l'opportunité de la comparaison qu'a établie M. Demarquay entre le galvano-cautère et l'écraseur.

J'ai voulu prouver : 1° qu'on pouvait, avec cet instrument enlever, sans une goutte de sang, des tumeurs très-vasculaires;

2° Qu'on ne peut employer pour certaines opérations, d'autre instrument que le galvano-cautère; j'ai montré qu'en me servant de la chaîne de l'écraseur, je ne me suis arrêté que devant l'impossibilité absolue de pousser plus loin la constriction; aussi suis-je d'avis qu'au lieu de se livrer à un parallèle stérile, il serait bien préférable d'accepter franchement le galvano-cautère, de le modifier, d'en graduer les effets.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1874.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° La lettre suivante de M. Sarazin, membre correspondant, relative à une modification du pansement ouaté de M. Guérin.

« Bourges, 6 juillet 1874.

Monsieur le secrétaire,

Permettez-moi de profiter du titre de membre correspondant que la Société de chirurgie a bien voulu m'accorder. Je désire lui soumettre une modification du pansement ouaté de M. A. Guérin.

Malgré les prétentions des intransigeants du coton, il faut bien reconnaître que lorsque les liquides sécretés par la plaie sont abondants, l'odeur, en été surtout, devient intolérable. Outre l'inconvénient qui en résulte pour le blessé et pour le milieu dans lequel il vit, se présente alors la nécessité de changer le pansement. En effet, la superposition de nouvelles couches de ouate, les lotions faites avec des solutions d'acide phénique, les composés chlorés, le permanganate de potasse, ne présentent, dans ces conditions là, qu'une action insuffisante ou passagère.

Cherchant un désinfectant antiseptique, non volatil, non caustique, facile à appliquer et facile à se procurer, je me suis adressé au goudron. Les résultats que j'ai obtenus m'ont semblé mériter une minute de votre attention.

Je procède de la façon suivante : le membre est enduit de goudron et recouvert du pansement ouaté, appliqué suivant la méthode de M. A. Guérin. Je n'exagère ni l'étendue ni l'épaisseur de ce pansement. Lorsqu'il est en place, je le couvre d'une bonne couche de goudron, puis d'une feuille de ouate et d'une bande.

Lorsque je cherche la réunion immédiate, je supprime la couche de goudron appliquée sur la peau.

Si l'immobilité est nécessaire, mes attelles malléables en toile métallique complètent l'appareil. Comme elles sont maintenues par des courroies bouclées, elles peuvent suivre le retrait du coton et maintenir la pression exercée par le pansement. L'appareil ainsi composé échappe aux reproches qu'on a pu faire à ceux de M. Ollier.

Je ne me permettrai pas de vous imposer le détail des observations dans lesquelles le goudron a bien rempli le but que je poursuivais. Ce sont :

1° Une resection du genou chez un enfant de douze ans. L'abondance et la putréfaction des liquides sécrétés par la plaie forcent à renouveler l'appareil deux fois en douze jours. Au troisième pansement, le membre, la plaie et l'appareil, sont enduits de goudron. A partir de ce moment, toute odeur disparaissait, la fièvre tombe ; cicatrisation rapide des plaies...

2° Une resection du coude chez une jeune fille atteinte de carie articulaire. La plaie, le membre et l'appareil sont enduits de goudron. Fièvre très-modérée au début ; jamais d'odeur ni d'acidents. Aujourd'hui, cinquième semaine, troisième pansement ; la plaie est à peu près cicatrisée.

3° Deux amputations de seins cancéreux, réunion immédiate, sauf à l'angle externe, où sont réunies les ligatures (sutures au collodion),

pas de goudron sur la peau. Ces deux malades sont parties guéries, l'une le quinzième, l'autre le vingt et unième jour.

4° Tumeur blanche du coude (scrofules), ulcères cutanés tellement étendus, que la resection est impossible. Sécrétion abondante et infecte, fièvre hectique. Pansement ouaté et goudronné *intus* et *extra*. Toute odeur disparaît, la fièvre cesse, l'appétit et le sommeil reviennent.

J'aurais voulu pouvoir communiquer de vive voix à la société les résultats que j'ai obtenus par cette modification si simple. Je me serais peut-être laissé aller à parler trop longuement de ces pansements ouatés, car je les crois appelés à rendre de signalés services à la chirurgie d'armée. Seront-ils modifiés ou conservés tels que leur auteur les a présentés? L'avenir nous apprendra.

J'ai l'honneur d'être, etc. »

M. DOLBEAU dépose une brochure intitulée : *Laryngopathie*, par le docteur Moura.

M. DESPRÈS lit l'observation suivante de M. Monteil, de Mende, membre correspondant :

Tumeur du testicule gauche. Castration. — X..., trente-quatre ans, constitution bonne.

Chute il y a treize ans, à cheval, sur le pommeau de la selle. Violente contusion du testicule gauche, ecchymose et gonflement. Pas de traitement.

Nouvelle chute, dans les mêmes conditions, il y a dix-huit mois. Augmentation du volume de l'organe.

L'année dernière, au mois d'octobre, ponction de la tumeur par un médecin qui croyait à l'existence d'un hydrocèle. Issue du sang par la canule du trocart.

Apparition de douleurs dans le rein gauche et dans le côté gauche, à manifestations irrégulières.

Etat actuel à son entrée à l'hôpital, le 30 juin dernier :

Santé générale bonne; absence de fièvre.

Testicule gauche remplacé par une tumeur de 21 centimètres de circonférence, de 17 centimètres de hauteur, indolore au toucher et à la pression, la surface uniforme; méat arrondi, lisse, élastique, sillonné de veines sous-cutanées ; ganglions inguinaux à l'état normal ; absence de ganglions pelviens.

Amputation par dissection préalable de la tumeur; ligature en masse du cordon ; ligature de la crémastérique.

M. DESPRÈS, à la demande de M. Monteil, a examiné la pièce et a donné les détails suivants :

Il s'agit d'une variété de sarcome kystique du testicule ; la partie la plus récemment atteinte est l'épididyme, de sorte que ce fait est bien d'accord avec ce qui a été observé pour les cancers kystiques du testicule, qui est pris le premier.

Ce qui caractérise cette tumeur, ce sont les hémorrhagies qui ont eu lieu dans les kystes et qui sont révélés par des caillots anciens faciles à reconnaître.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un sarcome très-franc ; il y a un grand nombre de cellules embryoplastiques et quelques cellules fusiformes. Le liquide des kystes ne renferme que des noyaux de cellules.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je demande la parole, à propos de la correspondance.

La charpie goudronnée est employée depuis longtemps par les Anglais et les Américains. Je me rappelle que, pendant la guerre, ils nous en donnèrent une certaine quantité, que nous employâmes. Nous pûmes alors remarquer que l'odeur de suppuration disparaissait dans les premiers jours, mais reparaissait bientôt.

M. LARREY. Il y a près de trente ans que j'ai vu faire des essais de charpie goudronnée. J'ai vu également, pendant le siége, cette charpie donner de bons résultats à l'ambulance américaine.

M. GUÉRIN. Je désire prendre la parole au sujet de la lettre de M. Sarazin, dont la situation et le caractère m'inspirent la plus grande considération. Je crois qu'il n'a pas vu appliquer dans toute sa rigueur l'appareil ouaté. Lorsque cette application est irréprochable, l'odeur exhalée est nulle ; lorsqu'une odeur nauséabonde se manifeste, cela prouve qu'une certaine communication s'est produite avec l'air ambiant ; mais il faut se garder, dans ce cas, d'arroser le pansement d'acide phénique, ce qui rendrait la filtratiou de l'air impossible. M. Pasteur a cherché des vibrions dans le pus de six de mes malades traités par la ouate ; il a constaté l'existence de grands cristaux de graisse, mais point de vibrions ; son préparateur, M. Guillon, a trouvé des principes analogues à ceux que l'on constate dans le lait et dans les œufs conservés. Je me hâte d'ajouter qu'il est extrêmement difficile de très-bien appliquer le coton ; j'échoue moi-même quelquefois, et dans certaines régions, comme le ventre et la poitrine, il est à peu près impossible d'empêcher l'aspiration vers la plaie. Je reviens

sur ce fait qu'il est mauvais d'arroser le pansement; je préfère recommencer la confection de l'appareil ou, mieux, resserrer souvent les tours de bande, la ouate n'ayant qu'une élasticité très-limitée.

M. LABBÉ. J'ai fait beaucoup de pansements ouatés, et j'ai la conscience de les avoir faits classiquement, guidé que j'étais par M. Hervé, un des anciens internes de M. Guérin; j'ai tiré, je dois le dire, de ces appareils, d'immenses avantages.

Quant à l'odeur, elle dépend presque toujours, comme l'a dit M. Guérin, de la confection du pansement; mais alors même que l'odeur désagréable se produit, il n'y a pas lieu de changer pour cela l'appareil; je m'oppose également à ce qu'on l'arrose; je me borne à le saupoudrer d'amidon phéniqué, car il ne faut pas perdre de vue que la durée considérable du maintien de l'appareil est une grande condition de guérison.

M. GUÉRIN. M. Labbé vient de soulever une question que j'aurais dû traiter il y a longtemps, et je dois dire à cet égard que M. Verneuil, qui a le mérite bien rare de se passionner pour les idées de ses contemporains, m'a souvent engagé à communiquer mes opinions sur ce sujet. Il est démontré pour moi que les appareils à odeur désagréable peuvent et doivent être conservés nonobstant. Il y a, en effet, deux odeurs considérables à distinguer : celle du pus et celle qui provient des sécrétions naturelles de l'individu.

A cet égard, j'ai fait, à titre d'expérience, envelopper simultanément de coton un pied atteint d'un mal perforant, et l'autre pied absolument sain. Au bout de peu de temps, il était manifeste que le pied malade était de beaucoup le moins odorant. M. Gosselin me faisait remarquer tout dernièrement que les appareils ouatés donnaient d'excellents résultats, mais sentaient mauvais. Je crois qu'il y a là encore un vice d'application; alors même, enfin, que le pus ayant traversé la ouate, vient à l'air se putréfier, etc. Cela se passe à la surface même de l'appareil; et je n'en veux pour preuve que l'odeur qui va constamment en diminuant à mesure qu'on se rapproche des couches profondes lorsqu'on défait mes pansements. Je ne saurais trop m'associer à l'idée de M. Labbé, relative à la longue durée d'application de la ouate, et j'ai pu maintes fois obtenir ainsi des réunions immédiates et profondes.

M. DESPRÈS. J'ai eu souvent occasion d'employer la ouate dans le traitement des tumeurs blanches, ainsi que le voulait Nélaton; je ne l'ai pas employée à la suite des amputations, parce que j'aime à voir très-souvent ce que deviennent les tissus constituant le moignon, et j'estime que les statistiques me donnent raison au sujet de la ma-

nière de comprendre le pansement des amputés. J'ai remarqué que le pansement ouaté sur des tumeurs blanches ulcérées ne sont pas mauvais; mais qu'il survienne une escarre, un phlegmon, l'odeur nauséabonde ne tarde pas à se faire jour; aussi, considérant que beaucoup d'amputés suppurent très-peu, je répète que, pour juger la question de la fétidité, il faut envisager, comparer des cas analogues, si cela est possible.

M. LARREY. M. Guérin m'a montré ses pansements ouatés; je les ai examinés avec le plus vif intérêt, et je crois comme lui que l'odeur qu'on y constate parfois provient surtout des produits de sécrétion; je me fonde, à cet égard, sur la pratique de mon père, qui était grand partisan des pansements rares (quinze ou vingt jours, par exemple), j'ai répété ces pansements, dans les hôpitaux militaires, et je me suis convaincu que les sécrétions avaient une très-grande part dans la production de la fétidité. Quant aux changements dont parle M. Desprès et que peuvent apporter les saisons, l'humidité, la chaleur, je crois à ces modifications, et j'estime qu'il serait bien curieux d'en apprécier la valeur.

M. PAULET. Si M. Sarazin assistait à la séance, je ne prendrais pas la parole; je crois, en son absence, devoir faire observer que si, comme j'en ai la conviction, un pansement ouaté bien fait ne dégage aucune odeur, il est souvent extrêmement difficile d'arriver à empêcher que la putréfaction ne se développe au fond ou à la surface. M. Sarazin a employé les lotions; on sait pourquoi il a échoué; il s'est alors adressé au corps qui détruit tous les ferments, à savoir le goudron appliqué en couches très-minces. Je ne vois pas, pour ma part, d'inconvénient à employer ce procédé. Ou le pansement a été bien fait, et alors le goudron n'y change rien; ou il a été incomplétement appliqué, et le goudron vient corriger cette imperfection. Je me résume en disant que l'idée émise par M. Sarazin me paraît simple, logique, et facile d'application.

M. LABBÉ. Il est impossible d'établir la moindre comparaison entre l'appareil ouaté de Nélaton et celui de M. Guérin. Il est évident que si, de parti pris, on accumule sous ce pansement une quantité considérable de matières en décomposition, le résultat ne peut guère être favorable. Quant à l'application de la ouate aux resections, j'affirme qu'elle est très-heureuse et que j'ai pu tenir six semaines durant des resections sous cet appareil.

M. MARJOLIN. Je me bornerai à demander à M. Guérin un simple renseignement. A-t-on essayé, comme désinfectant autour des appa-

reils qui dégagent une mauvaise odeur, les sachets de poudre de charbon. Le charbon prévient, comme on le sait, la décomposition du poisson, de la viande, et je l'ai souvent essayé avec succès comme désinfectant des plaies suite de brûlures.

M. DESPRÈS. Je crois que M. Labbé n'a point compris ce que j'ai avancé. J'ai dit : il y a des plaies qui suppurent beaucoup et d'autres qui suppurent très-peu ; il est impossible que, dans l'un ou dans l'autre cas, la ouate donne des résultats identiques.

M. BLOT. M. Desprès vient de nous dire que la quantité plus ou moins considérable de pus agit sur la putrescibilité. C'est, suivant moi, une monstrueuse hérésie. Dès qu'il y a du pus quelque part, en si petite quantité que ce soit, la putrescibilité est possible, et ce sont les conditions physiques qui influent sur son développement ou sur son absence.

M. DESPRÈS. Pour juger la question, je propose à M. Blot de panser une nécrose avec abcès pendant six semaines. Je passerai dans un abcès semblable un drain, et je panserai le malade tous les jours; nous verrons celui des deux malades qui sentira le plus mauvais.

M. LE FORT. Il y a une différence notable entre le badigeonnage de M. Sarazin au goudron frais et l'étoupade des Américains fabriquée à l'aide de vieux cordages goudronnés.

M. GUÉRIN. Parmi les objections qui m'ont été faites, quelques-unes tombent d'elles-mêmes; aussi ne les relèverai-je pas. Je répondrai à M. Marjolin que je crois le charbon pilé inutile avec mes appareils. J'apporterai ici du pus conservé six semaines dans la ouate et non putréfié; car l'air filtre à travers la ouate, mais n'a pas d'action fermentescible. Convaincu de cette vérité, je tends tous les jours à perfectionner mes appareils; je compte, du reste, faire, d'ici à quelques jours, une amputation du pied; j'espère qu'il me sera possible d'amener ici mon malade et de vous convaincre que l'appareil dont il sera porteur n'exhalera aucune odeur désagréable.

M. DESPRÈS. Je demande la parole pour un fait personnel. M. Guérin a dit que certaines objections faites à son procédé tombaient d'elles-mêmes. Cette phrase, de mise peut-être dans un journal, me paraît regrettable au sein de la Société de chirurgie, où l'opinion émise par un collègue devrait avoir, ce me semble, droit à plus d'égards.

M. GUÉRIN. Je maintiens mon assertion d'une manière absolue, et je demande qu'il soit fait mention de cette affirmation au procès-verbal.

M. DESPRÈS. Je demande que le procès-verbal fasse également mention de ma protestation.

La société se forme en comité secret à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

M. SEUVRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse pour le concours du prix Duval : *Étude sur l'inflammation de la trompe utérine.*

M. LÉON BRIÈRE, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, adresse, pour le même concours, deux exemplaires de sa thèse : *Étude clinique et anatomique sur le sarcome de la choroïde.* Cette thèse ne peut pas prendre part au concours, qui n'admet que *les internes titulaires* des hôpitaux civils ou militaires de France.

M. NAPIERALSKI, de Pont-Audemer, adresse une observation manuscrite de resection de la partie supérieure de l'humérus, suivie de guérison et permettant le bon usage du membre. (Commission: MM. Polaillon, Cruveilhier, Guyon.)

M. BOUVIER fait hommage à la société d'un travail imprimé sur les déviations du rachis.

M. LARREY offre un extrait d'un travail de M. Feuvrier sur la : *Morsure de la vipère avec injections d'ammoniaque dans les veines.*

M. CONDEREAU adresse une réclamation de priorité à propos de la présentation de l'*instrument pour la transfusion du sang*, présenté dans la séance du 10 juin.

Adénome kystique du voile du palais. — M. DESPRÈS. Je viens donner à mes collègues la suite de l'observation de la malade que j'ai fait présenter à la société il y a quinze jours.

J'ai opéré la malade jeudi dernier, c'est-à-dire il y a six jours. Voici quel était l'état de la tumeur : toute la moitié gauche du voile du palais était envahie par une tumeur bosselée ayant le volume d'un moyen œuf de poule. La partie droite du voile du palais était refoulée à droite; la tumeur descendait presque sur l'épiglotte et donnait à la malade des envies continuelles de vomir; la voix était nasonnée; l'appétit était presque nul.

La tumeur offrait de nombreuses bosselures, dont les supérieures, translucides, avaient toutes les apparences de kystes séreux; elle était indolente, et c'était seulement quand l'on touchait la partie du voile du palais intacte qu'on provoquait des envies de vomir.

Je rappelle que la tumeur datait de quinze années.

Le jeudi 9 juillet j'ai procédé à l'opération, qui a été exécutée avec la plus grande facilité.

La malade a été assise sur une chaise. Un trocart long a ponctionné les deux kystes les plus apparents, et j'ai évacué environ une cuillerée à bouche d'un liquide séreux, un peu mêlé de sang; la tumeur a été diminuée d'autant. J'ai pu alors ponctionner avec un trocart le voile du palais, au-dessus de la tumeur et au ras du bord postérieur de la voûte palatine.

Par cette ouverture, j'ai introduit une sonde de Belloc, et le ressort est venu se dégager près du pilier droit du voile du palais, au-dessous de la tumeur. J'ai attaché au bec de la sonde un fil, auquel a été attaché une corde de fouet, à laquelle j'avais lié un fil de fer. Le tout passa à la suite de la sonde de Belloc. Je montai alors le fil de fer sur le serre-nœud écraseur, et je serrai; la tumeur se pédiculisa naturellement de ce côté, et le voile du palais fut sectionné en même temps, sans le moindre écoulement de sang; la malade, qui est presque de notre métier, et qui est sage-femme de province, supporta très-bien la douleur, et en dix minutes, montre en main, le voile du palais et ses piliers furent sectionnés au ras de la tumeur, qui ne fut pas entamée et qui fut séparée du voile du palais comme un gland chassé hors de sa cupule. La première section faite de la sorte, la tumeur fut attirée avec une pince à griffes et ressemblait à un polype parfaitement pédiculé; un serre-nœud à fil de fer fut alors passé sur le pédicule de cette tumeur, ainsi attirée dans la bouche, et porta sur la partie correspondante au milieu du voile du palais, et je serrai. En cinq minutes, le voile du palais fut coupé; il ne s'écoula

pas une goutte de sang, et la tumeur fut amenée à l'extérieur; l'opération était terminée.

La malade a été nourrie avec du bouillon froid et se gargarisa avec un gargarisme au miel rosat froid. Les deux premiers jours, elle ne pouvait boire que couchée; la voix était à peine nasonnée.

Le cinquième jour après l'opération, la malade se lève; elle mange au souper du pain et de la viande, elle boit facilement, sans que les boissons passent dans le nez.

Aujourd'hui sixième jour, la malade, qui est présente ici et que vous avez vue tout à l'heure, parle bien et n'a pas la moindre trace d'inflammation dans la bouche. On voit, dans les points où l'écraseur a coupé le tissu, une surface bourgeonnante en voie de réparation. La malade ne souffre ni en mangeant, ni en buvant, ni en parlant.

Cette observation montre, messieurs, jusqu'à quel point la méthode opératoire a été simple. La tumeur, vous le voyez, a été pédiculisée aux deux traits d'écrasement; elle a été amenée au dehors intacte, entièrement intacte, et je vous présente la malade, qui a été opérée il y a six jours. La malade est si bien qu'elle a pu venir à la société se présenter à vous. Il n'y a pas traces d'inflammation.

C'est là, messieurs, une supériorité incontestable qu'a l'écrasement linéaire sur le galvano-cautère, qui cause des brûlures profondes et une réaction inflammatoire vive. L'écrasement a eu, sur l'opération avec l'instrument tranchant, cette supériorité dans le cas présent, qu'il n'y a point eu d'écoulement de sang, ce qui peut gêner considérablement l'opération lorsqu'il agit sur le voile du palais. En effet, la malade est pour ainsi dire asphyxiée par le sang, et l'on est exposé à ne pas enlever régulièrement la tumeur.

Enfin j'insisterai sur l'avantage immense qu'a l'écraseur pour s'insinuer sur les contours de la tumeur et la pédiculiser et l'isoler presque aussi bien que le ferait une dissection sur le cadavre.

(La pièce est déposée au musée Dupuytren.)

L'examen microscopique de la pièce sera exposé à la Société anatomique, et il trouvera sa place naturelle dans les Bulletins de cette société. Je puis dire cependant que la tumeur est constituée par l'hypertrophie glandulaire appelée adénome, et que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de sarcome des glandes.

COMMUNICATION

M. GUÉRIN. J'ai demandé la parole pour donner à la société connaissance de deux faits qui donnent un démenti à ce que j'ai avancé dans une précédente séance sur les fractures du col du fémur.

Rappelant, en effet, le travail fait sous ma direction par un de mes internes, M. Kerguistel, je disais que, depuis douze à treize ans que je m'occupe de fractures du col du fémur, il résulte de mes expériences le fait suivant : toutes les fois qu'un vieillard tombe sur le grand trochanter avec violence, il se fait une fracture extra-capsulaire. Je confirmais en cela l'opinion de Bonnet, si diamétralement opposée à celle d'Astley Cooper. M'appuyant sur ce fait qu'il est impossible, à l'aide d'un coup, de produire une fracture intra-capsulaire sur le cadavre, je concluais que les mêmes fractures ne peuvent se produire sur le vivant à la suite d'une chute, et j'étais en cela bien servi par la clinique, puisque mes fractures se consolidaient, alors que, dans l'hypothèse de fractures intra-capsulaires, nous n'aurions pu obtenir que des cals fibreux.

J'ai perdu tout récemment deux de mes malades atteints de fracture du col du fémur. Dans le premier cas, malgré l'absence d'écrasement du grand trochanter, j'avais diagnostiqué une fracture extra-capsulaire. La malade fut prise, dès le lendemain, de vomissements, et succomba à une affection intercurrente des voies respiratoires.

Dans le second cas, on avait évidemment affaire à une fracture intra-capsulaire; on la reconnaissait à cette augmentation de volume considérable marquée au milieu du cal, alors que dans l'extra-capsulaire on sait que le changement de forme tient à l'agrandissement du grand trochanter.

Voici, du reste, les pièces anatomiques ainsi que les observations relatives à ces deux cas.

Fractures du col du fémur. (Observation recueillie par M. Kirmisson, interne du service.) — Obs. I. — C... (Joséphine), âgée de soixante-dix ans, entre, le 20 mai 1874, dans le service de M. Guérin, à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Maurice, nº 27). Cette femme, maigre et très-affaiblie, raconte que, la veille de son entrée à l'hôpital, au moment où elle se relevait de dessus son vase de nuit, elle est tombée sur la hanche du côté gauche. Depuis ce moment, elle n'a pu marcher, et elle souffre beaucoup dans toute la région sur laquelle a porté la coutusion. Il existe un empâtement considérable de toute la partie supérieure de la cuisse, surtout marqué en avant dans le pli de l'aine, où l'on sent battre l'artère fémorale énormément dilatée, et en arrière au niveau du grand trochanter. La pression sur cette éminence osseuse est très-douloureuse, et la malade accuse aussi de la douleur dans le genou du côté correspondant. Le membre est dans l'abduction et dans la rotation en dehors, le bord externe du pied

appuyant dans toute sa longueur sur le plan du lit. La malade ne peut imprimer à sa jambe aucun mouvement d'élévation, et tous ses efforts aboutissent à traîner le talon. Le raccourcissement du membre mesure 1 centimètre et demi.

On évite de faire exécuter à la cuisse des mouvements, de peur d'augmenter l'étendue du déplacement, et la malade, dès le jour de son entrée, est mise dans une gouttière de Bonnet. Aucun phénomène important ne se montre du côté de la hanche malade; mais bientôt surviennent des vomissements répétés chaque jour, le lait est le seul aliment toléré par l'estomac; enfin la fièvre s'allume, la langue se dessèche, une diarrhée abondante épuise la malade, qui succombe le 8 juin, à onze heures du soir.

L'autopsie a permis de constater, outre la fracture du col du fémur, un vaste foyer de gangrène pulmonaire siégeant dans l'épaisseur du poumon droit.

Obs. II. — R... (Marie), soixante-trois ans, blanchisseuse, entre, le 31 mai 1874, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, où elle est couchée au nº 32 de cette salle. Le jour même de son entrée, au moment où elle montait sur un trottoir, elle est tombée, et dans sa chute, c'est le grand trochanter du côté droit qui a porté sur le sol. La douleur au niveau de la hanche est vive, et l'on peut constater sur cette malade tous les symptômes déjà signalés dans le cas précédent : impossibilité d'élever le membre au-dessus du plan du lit, abduction et rotation du pied en dehors, mais moins prononcées que dans la première observation; le raccourcissement mesure environ 3 centimètres.

Aucun mouvement n'est imprimé au membre fracturé, et la malade est placée aussitôt dans une gouttière de Bonnet.

Le 5 juin, un violent point de côté se fait sentir, et l'auscultation permet de constater l'existence d'une pneumomie occupant toute la hauteur du poumon droit. La résolution de l'inflammation ne se fait pas; il reste toujours du souffle dans le tiers inférieur du thorax du côté droit; de larges escarres se développent au sacrum au niveau des trochanters et aux talons. Enfin, le 2 juillet, la malade succombe.

Comme dans le cas précédent, la fracture du col est tout à fait intra-capsulaire, mais l'insertion de la capsule sur le col est ménagée dans une plus grande étendue, ce qui explique la déviation moindre du membre observée pendant la vie; la pneumonie a passé à la suppuration; les branches de l'artère pulmonaire du côté malade renferment des caillots fibrineux volumineux.

DISCUSSION

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'ai, il y a quelque quarante ans, publié des planches et un texte dans lesquels j'appelle cette fracture *enfoncement du col du fémur dans le grand trochanter.*

M. DESPRÈS. Les autopsies de fractures du col du fémur sont assez rares pour qu'on les examine avec le plus vif intérêt. Je me rappelle, à ce sujet, avoir lu à la société, alors que j'étais candidat, un travail où je disais que la comminutivité seule empêchait la consolidation de la fracture intra-capsulaire. Cette opinion se trouve surabondamment démontrée par les pièces de M. Guérin.

M. TRÉLAT. L'une de ces pièces est pour moi une fracture mixte. Le grand trochanter est, en effet, brisé, et l'on en aurait la démonstration bien nette en sciant l'extrémité osseuse en long.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL commence la lecture de la communication suivante :

Observations d'anévrysmes. — J'ai traité, dans ces derniers temps, sept anévrysmes siégeant en différentes régions, et pour lesquels j'ai mis en usage presque toutes les grandes méthodes usitées de nos jours. Bien que cette affection ait été tout récemment encore l'objet de travaux importants, qui en ont singulièrement éclairé la nosographie, il m'a paru d'un certain intérêt de publier cette série, ne fût-ce que pour discuter la partie litigieuse encore, c'est-à-dire la thérapeutique.

Certes, sous ce rapport, la pratique moderne a fait de grands progrès et changé remarquablement le pronostic de la cure ; les méthodes non sanglantes fournissent aujourd'hui des succès nombreux et rapides, qui ont fait oublier presque complétement les opérations brillantes mises en usage par nos pères, de sorte qu'il est de notre devoir de les employer tout d'abord, et que nous rougirions presque de recourir d'emblée à l'instrument tranchant.

Cependant il faut bien reconnaître que les méthodes de douceur échouent assez souvent encore, et que la ligature, malgré les reproches sérieux dont elle est passible, reste la ressource ultime en certains cas. Je crois fermement qu'on a été trop loin dans sa proscription, et qu'il est tels anévrysmes qui ne comportent guère d'autres agents curatifs. J'en trouve la preuve dans la petite collection des

faits présents. La ligature, en effet, m'a donné une guérison inespérée dans un cas fort grave; deux autres fois, au contraire, je n'ai point osé y avoir recours, et j'ai perdu des malades qu'elle eût probablement sauvés.

J'estime, en un mot, le moment venu de revoir attentivement la question thérapeutique, d'établir à l'avance les indications et contre-indications de chaque méthode ou procédé, de faire, en particulier pour la compression ou la ligature, ce qu'on a fait pour la lithotritie et la taille; de montrer, enfin, que la chirurgie la plus conservatrice ne consiste pas toujours à employer les moyens réputés les plus innocents, mais bien plutôt de proportionner l'énergie des agents à l'intensité du mal.

Les observations que vous allez entendre sont un peu longues peut-être; cependant j'ai rapidement glissé sur les symptômes, qui toujours ont été classiques; sur le diagnostic, qui n'a jamais été difficile, et sur l'étiologie, qui n'a rien présenté d'insolite, sauf en un cas. En revanche, j'ai étudié soigneusement la marche dans deux faits où elle prit les allures les plus graves.

Enfin, les plus prolixes de mes observations sont celles qui se sont terminées par la mort; ces revers, au nombre de deux, m'ont certainement plus instruit que les succès, et peut-être jugerez-vous qu'ils constituent la partie la plus intéressante de mon modeste travail; en tout cas, ils vous montreront combien je respecte notre belle et utile devise : *La vérité dans l'art.*

Obs. I. — *Anévrysme poplité du côté droit. — Flexion intermittente longtemps continuée. — Guérison.*

Je passerai rapidement sur les détails de ce fait qui ne présenta rien de saillant, si ce n'est la lenteur de la cure et la persévérance du malade.

T..., quarante-deux ans, marchand de vin, d'une constitution athlétique, entra à l'hôpital Lariboisière au mois d'août 1871, pour un anévrysme du jarret droit. La tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, offrait tous les signes ordinaires d'un anévrysme spontané. Elle avait paru quelques semaines auparavant sans cause connue, était peu douloureuse, et n'amenait qu'une gêne assez marquée dans la station verticale. Ayant constaté que la flexion amenait facilement la cessation des battements, j'adoptai cette méthode d'autant plus volontiers que le grand développement du système musculaire et de la couche graisseuse sous-cutanée eût rendu la compression digitale

assez laborieuse. Cependant la flexion elle-même fut d'abord difficilement tolérée; elle amenait, au bout d'une demi-heure à peine, un engourdissement tel, dans la jambe et le pied, que force était de la suspendre. Peu à peu le malade, très-désireux de guérir, arriva néanmoins à faire, par jour, trois ou quatre séances d'une heure. Pendant une quinzaine de jours, le résultat fut presque nul, et je pus craindre un insuccès complet. Cependant l'amélioration finit par se manifester. Le sac durcit et diminua quelque peu; à la sixième semaine, il n'y avait presque plus ni battements, ni souffle. Le sac était ferme, à peine réductible; mais alors la flexion, que le volume considérable des muscles de la région postérieure de la jambe et de la cuisse ne permettait pas de porter à ses dernières limites, devint impuissante. Je remarquai alors, non sans quelque surprise, que l'extension complète rendait au contraire l'anévrysme complétement silencieux; en conséquence, je conçus l'espoir de terminer la cure en maintenant cette attitude pendant un temps suffisant. C'est pourquoi j'appliquai un appareil inamovible très-méthodiquement placé, et qui, par l'intermédiaire d'une couche de ouate assez épaisse, exerçait une compression directe régulière et assez forte. Je permis au malade, qui souffrait beaucoup du séjour prolongé au lit, de se lever et de marcher un peu avec des béquilles.

L'appareil resta à peu près vingt jours en place; lorsque je l'enlevai, j'eus le désappointement de constater que les battements avaient plutôt augmenté que diminué, et que l'extension même forcée ne les faisait plus disparaître. Je voulais revenir à la flexion, qui se montrait de nouveau efficace; mais le malade, très-découragé, me demanda en grâce d'aller passer quelques jours chez lui pour mettre ordre à ses affaires, me promettant de revenir bientôt reprendre sa cure. Je cédai, quoique à regret, à son désir; à la vérité, le danger ne paraissait pas imminent, car, en résumé, on avait obtenu un changement très-favorable. Il sortit donc le 18 novembre 1871, ayant passé un peu plus de trois mois à l'hôpital.

Je l'avais complétement perdu de vue, lorsque je le rencontrai par hasard dans les premiers jours de février 1874. Il m'annonça que, depuis bien longtemps, la guérison était complète. Elle avait été obtenue de la manière suivante : quelques jours après sa rentrée chez lui, ayant repris courage, il s'était décidé à recommencer son traitement; il fit, dans la même journée, onze heures de flexion par séances d'une demi-heure, séparées seulement par un repos de deux ou trois minutes; les souffrances furent assez vives, mais enfin les battements cessèrent. Pour tout accident, on perçut un cordon dur sur le trajet

de la saphène interne. Le malade partit alors pour la campagne, et de temps à autre, pendant une dizaine de jours, il fit encore, par prudence, quelques séances de flexion. De retour à Paris, après un repos relatif de trois mois, il reprit, sans incident nouveau, son rude travail.

Je l'examinai en présence ds mes élèves, le 18 février. La palpation attentive du creux poplité ne laisse percevoir aucune tumeur; le membre a repris toute l'étendue de ses mouvements, mais toutefois reste un peu plus faible que l'autre. Les battements de la pédieuse ne sont pas perceptibles; ceux de la tibiale postérieure sont faibles; il y a des varices des deux côtés.

Il ressort de cette observation que, si la flexion avait été faite au début avec plus de persévérauce et d'énergie, la cure eût été beaucoup moins longue; je dois faire remarquer également l'efficacité, au moins temporaire, de l'extension, fait que je n'avais point encore observé; cette attitude, comme on l'a vu, ne m'a pas rendu grand service dans le cas actuel, mais je n'oubliai point son action, et je l'employai de nouveau dans le cas suivant, où elle me paraît avoir pris sa part dans la guérison.

Sur un membre sain, l'extension forcée de la jambe n'arrête pas les battements dans l'artère pédieuse. En cas d'anévrysme, elle n'agit même que si le sac présente déjà uue consistance assez marquée. Il est donc probable que la cessation des battements dans ce dernier cas est due à la compression qu'il exerce sur l'artère au-dessus de la perforation vasculaire.

Obs. II. — *Anévrysme spontané de l'artère poplitée droite. — Insuccès de la flexion employée seule. — Guérison lente par la compression digitale, la compression mécanique, la flexion et l'extension.*

L..., trente-neuf ans, douanier, bonne constitution, ancien militaire, atteint de fièvres intermittentes en Italie et au Mexique, rhumatisme articulaire aigu en 1866; cœur normal, artères légèrement athéromateuses; aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique. Point d'alcoolisme.

Au commencement d'octobre 1873, L... ressent daus le genou droit de la gêne et un peu de roideur; puis de la douleur s'irradiant dans les régions postérieure et exterue de la jambe jusqu'au pied. En novembre, fourmillements, pesanteur, élancements assez vifs et

enfin œdème de l'extrémité inférieure du membre. Dans les premiers jours de décembre, le malade, percevant dans le jarret droit une petite tumeur qui progresse rapidement, se décide à entrer à l'hôpital le 10.

Nous reconnaissons un anévrysme avec tous les signes classiques. La tumeur mesure 7 centimètres et demi de haut en bas sur 4 centimètres de largeur. Nous nous assurons que la flexion forcée de la jambe arrête immédiatement les battements; c'est pourquoi nous adoptons cette méthode et nous donnons au malade les instructions nécessaires pour qu'il la mette lui-même en pratique. La flexion était efficace, mais ne pouvait être longtemps continuée sans provoquer de douleurs assez intenses. Aussi dut-on se contenter de séances de dix minutes, qui, pendant les premiers jours, furent répétées cinq ou six fois.

Du 16 au 28 décembre, la durée peut être portée à vingt minutes et les séances renouvelées dix ou douze fois dans les vingt-quatre heures.

Dans les premiers jours de janvier, l'attitude était conservée sans peine une demi-heure de suite.

A l'intérieur, on prescrivit la digitale, et le chloral pendant la nuit, quand les douleurs étaient vives.

Vingt-deux jours de ce traitement n'amenèrent aucun résultat. La tumeur paraissait plutôt avoir augmenté de volume.

La santé générale n'était pas plus satisfaisante. Depuis plusieurs jours, le malade accusait du malaise, de l'anorexie; il vomissait son repas du soir, ou était pris de congestions intenses du visage et d'une éruption érythémateuse autour des principales articulations. Il y eut souvent la nuit de véritables accès de fièvre intermittente; ces symptômes me firent suspendre le traitement local.

Nous prescrivîmes les boissons alcalines, les bains, les purgatifs salins et aussi le sulfate de quinine, qui fut administré trois jours de suite à la dose de 1 gramme. Ce traitement amena une amélioration suffisante pour qu'on reprît, le 14 janvier, la cure de l'anévrysme.

Nous tentâmes d'abord la compression inguinale avec un sac de cuir rempli de plomb de chasse du poids de 9 livres. Le malade s'en servait fort bien et fit, dès le premier jour, six heures de compression. Le 17, la tumeur avait déjà diminué et durci d'une manière notable. Mais l'amélioration ne se continuant pas, malgré des séances beaucoup plus longues, on fit, le 2 et le 3 février, la compression digitale continue à raison de onze heures par jour. Un nouveau pro-

grès fut constaté, car la tumeur ne mesurait plus alors que 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Pour reposer les aides et le patient, on reprit la compression avec le sac de plomb, qui était facilement supportée. Sur ces entrefaites, on remarqua que l'extension du membre suffisait pour suspendre complétement les battements de l'anévrysme dès qu'on y joignait une pression même très-faible sur la rotule. Sans doute, le sac anévrysmal, actuellement fort dur, comprimait directement l'artère. Toujours est-il qu'à partir du 7 février, le malade employa alternativement ce dernier procédé, la compression inguinale avec le sac de plomb, et la flexion forcée qui était redevenue efficace. En général, la séance se composait de la manière suivante : extension forcée, dix minutes; compression, vingt-cinq minutes; flexion, quinze à vingt minutes.

Le 11 février, quatre jours après le commencement de cette combinaison, battements, souffle et expansion, tout avait disparu. Par prudence néanmoins, le patient se soumit encore, quoique plus modérément, aux divers modes précités; mais avant la fin du mois, il pouvait être considéré comme entièrement guéri. Il sortit de l'hôpital le 2 mars.

A cette époque, l'anévrysme se présentait sous forme d'une tumeur très-dure, indolente, et du volume d'une petite noix.

L... fut revu en avril, mai et juin. La guérison s'est confirmée. La santé générale s'est rétablie, meilleure même qu'elle ne l'avait été depuis bien longtemps. Le sac est à peine perceptible. La marche seule est restée quelque temps incertaine, ce membre n'ayant repris que très-lentement sa vigueur primitive. L... est resté en fonctions, il occupe cependant un poste un peu moins fatigant.

Cette observation est intéressante parce qu'à l'exception des deux séances de compression digitale, la cure a été conduite d'un bout à l'autre par le patient lui-même. Il est bon de faire remarquer que l'amélioration ne s'est pas produite tant qu'ont duré les symptômes dyspeptiques et fébriles. Cette influence fâcheuse des troubles généraux sur la marche de l'anévrysme se montrera bien plus évidente encore dans une des observations suivantes.

On peut encore conclure de ce fait qu'il y a utilité à associer parfois plusieurs méthodes thérapeutiques.

Obs. III. — *Plaie de la radiale à la partie moyenne de l'avant-bras. — Anévrysme consécutif. — Compression sur l'humérale et la radiale pendant douze heures. — Guérison.*

M. Emile, vingt-sept ans, charcutier, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 53, le 10 juin 1874.

Il y a une vingtaine de jours, cet homme s'est donné involontairement un coup de couteau à la face antérieure de l'avant-bras gauche, vers sa partie moyenne. La plaie, transversale, large d'un centimètre environ, fournit aussitôt un jet de sang rouge que le blessé arrête par l'application du doigt. Quelques instants après un pharmacien applique un bandage compressif. Quelques heures plus tard un médecin examina la plaie, constata l'arrêt de l'hémorrhagie et réappliqua simplement l'appareil. Depuis, l'hémorrhagie ne se produisit plus, mais pendant quelques jours les trois premiers doigts de la main furent engourdis.

Peu à peu, à partir du huitième jour, il se forma au niveau de la cicatrice à peine achevée, une tumeur animée de battements et qui augmenta progressivement.

A l'entrée on découvre sur le trajet de l'artère radiale une tumeur acuminée, du volume d'une grosse noisette, au sommet de laquelle se trouve une croûte noirâtre, linéaire, transversale, d'un centimètre environ, vestige de la plaie. Cette tumeur est dure, peu douloureuse, à peine réductible à la pression; on y constate un souffle simple, intense et rude, des battements isochrones à la systole ventriculaire, le tout cessant par la compression, soit de l'humérale, soit de la radiale immédiatement au-dessus du sac.

Le pouls radial se perçoit au poignet, à peine affaibli; il est supprimé par la compression de l'humérale, mais non par celle de la radiale à la partie supérieure; il est donc évident que la cubitale verse du sang dans le bout inférieur de la radiale. Aussi je m'étonne que ce sang ne revienne point dans le sac de ce côté. Mais, comme, d'autre part, les battements artériels ne sont point perceptibles immédiatement au-dessous du sac, il est probable qu'en ce point le vaisseau afférent est plus ou moins complétement oblitéré.

On porte le diagnostic d'anévrysme consécutif, du reste bien circonscrit. On n'avait que le choix des moyens. C'est pourquoi on essaya d'abord le plus simple. Un tourniquet fut placé au tiers supérieur de l'avant-bras, à dix heures du matin. On permit au malade de le desserrer de temps en temps quand la pression deviendrait douloureuse. La compression fut maintenue ainsi jusqu'à une heure

de l'après midi, avec trois suspensions de quelques minutes chacune.

Le lendemain matin on reconnut déjà une diminution de tous les phénomènes; la compression mécanique fut reprise à dix heures et continuée jusqu'à deux heures; on recommanda au malade de comprimer lui-même son artère humérale au pli du coude lorsque le garrot serait desserré. Une troisième séance, commencée à cinq heures, dura jusqu'à neuf heures. A ce moment les battements étaient à peine perceptibles. Le malade, avant de s'endormir, donna au garrot un degré de constriction assez faible pour être facilement supportable et garda de la sorte l'appareil en place toute la nuit.

Le lendemain matin, au réveil, tous les symptômes avaient disparu. Le sac était uniformément dur, l'avant-bras présentait seulement un léger œdème autour de la tumeur.

La guérison ne s'est point démentie. L'anévrysme a diminué lentement; à la fin du mois de juin, il n'en restait pour ainsi dire aucune trace.

En résumé, il a suffi, pour achever la cure, de douze heures environ de compression intermittente, réparties en moins de quarante-huit heures. Aucune charge ue fut imposée ni au chirurgien ni à ses aides, qui n'eurent qu'à donner au patient les instructions nécessaires. Je ne puis m'empêcher de déplorer la pratique si répandue qui consiste à traiter les plaies artérielles par la compression, alors qu'il serait si simple de faire, au moment de l'accident, la ligature des deux bouts dans la plaie. Cette petite opération, si facile, si efficace, est encore négligée par un trop grand nombre de praticiens. Aussi les chirurgiens proprement dits ont-ils trop souvent l'occasion d'avoir à intervenir plus tard dans des conditions beaucoup moius favorables. Il me serait facile d'en fournir des exemples assez nombreux tirés de ma pratique personnelle.

Obs. IV. — *Phlegmon de la paume de la main. — Incisions multiples. — Hémorrhagies secondaires. — Apparition tardive d'un anévrysme de l'arcade palmaire superficielle, qui n'avait point été atteinte par le bistouri. — Tentatives variées et prolongées de compression. — Menace de rupture du sac. — Injection de perchlorure de fer. — Guérison.*

M... X..., quarante ans, d'une vigoureuse constitution et d'une santé ordinairement excellente, se livrait pour son plaisir à des travaux de menuiserie qui avaient rendu ses mains calleuses comme celles d'un ouvrier. Le 15 février, il fut pris à la main gauche d'un

phlegmon d'une bourse séreuse sous-cutanée palmaire, désigné sous le nom vulgaire de *durillon forcé*. Le mal avait débuté précisément au niveau de la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius. L'intensité des douleurs, la violence de l'inflammation, l'insuccès de la médication topique, engagèrent le médecin ordinaire, M. le docteur Pératé, à pratiquer une incision qui n'amena qu'un soulagement momentané. Je fus appelé le 20 février, je constatai que le phlegmon s'était étendu en haut à presque toute la paume de la main; en dedans et en dehors aux bourses séreuses correspondant à la face antérieure des articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et de l'annulaire; en arrière enfin, à presque toute la face postérieure de la région métacarpienne. Ne pouvant distinguer si, en ce dernier point, il y avait réellement suppuration ou seulement œdème, je n'y portai point le bistouri; je me contentai donc d'agrandir la première incision et d'en faire deux autres parallèles, l'une au niveau de l'annulaire, l'autre au niveau de l'index.

Aucune de ces trois incisions n'avait plus de 2 centimètres, et par conséquent, n'atteignait le milieu de la hauteur de la paume de la main; aucune ne donna lieu à une perte de sang notable. Ces débridements donnèrent issue à une grande quantité de pus, et cependant ne firent cesser encore ni les douleurs, ni l'inflammation. Trois jours après, la fluctuation étant devenue évidente sur le dos de la main, il fallut faire encore une incision de 4 centimètres au niveau de l'espace interosseux séparant le quatrième et le cinquième métacarpiens. L'inflammation de la paume de la main avait donc traversé cet espace vers sa partie inférieure pour se porter vers la face dorsale. Cette fois, le soulagement fut très-prompt, la fièvre tomba, et l'état général redevint excellent.

Cependant une grande quantité de pus et de débris de tissu conjonctif sphacélé s'échappait de ce foyer anfractueux; il fallait même, au moment des pansements, exercer des pressions pour expulser complétement le pus. Un jour (le 2 mars), M. Pératé constata que le pus était mélangé de sang; le soir même il fut appelé en toute hâte pour une hémorrhagie qui avait en quelques instants inondé la paume de la main et toutes les pièces de l'appareil, mais qui s'était arrêtée spontanément. On appliqua par précaution un pansement légèrement compressif. Le lendemain matin l'hémorrhagie se renouvela, le sang sortait en abondance aussi bien par la plaie dorsale que par les trois plaies palmaires; elle fut néanmoins assez aisément arrêtée par la compression directe exercée avec des rondelles d'ama-

don, des compresses graduées et enfin un bandage roulé, assez vigoureusement serré. Je fus mandé et vis le malade vers cinq heures du soir. Le sang ne coulait plus ; en revanche la main était le siége de douleurs vives, et en l'absence même de thermomètre, je reconnus l'existence d'une forte fièvre. M'étant enquis avec soin des conditions qui avaient précédé l'hémorrhagie, j'appris que, depuis quarante-huit heures environ, il y avait eu à la fois retour des souffrances dans le siége primitif du phlegmon, malaise précédé d'un léger frisson, et enfin développement manifeste d'un mouvement fébrile. La nuit précédente avait été mauvaise et sans sommeil, moitié à cause des douleurs, moitié à cause de l'inquiétude qu'avait inspirée la perte de sang. En conséquence, je crus voir là un exemple bien net de ces hémorrhagies septicémiques si communes au fond des foyers anfractueux, lorsqu'ils sont le siége d'accidents inflammatoires et le point de départ d'une fièvre secondaire. Je ne proposai donc point, malgré le désir tout naturel exprimé par mon confrère, d'aller lier le vaisseau ouvert : 1° parce que j'ignorais exactement son siége ; 2° parce qu'il eût fallu se livrer à des recherches minutieuses, incertaines, et non sans danger, car il ne s'agissait de rien moins que de débrider largement la paume de la main ; 3° parce qu'il aurait fallu opérer à la lumière artificielle ; 4° enfin, et c'était la raison prédominante, parce que, dans mon hypothèse, j'avais tout espoir d'arrêter le sang par la médication interne, associée bien entendu à la compression directe continue. Je prescrivis le sulfate de quinine administré sur-le-champ à la dose d'un gramme, dose qui aurait été renouvelée et même augmentée le lendemain en cas de persistance des accidents locaux. La main devait être maintenue dans l'élévation, dans l'immobilité absolue, enfin nous donnâmes aux personnes très-dévouées et très-intelligentes qui entouraient le malade les instructions nécessaires pour comprimer l'artère humérale au pli du coude et au milieu du bras en cas d'accident. Nous acquîmes séance tenante la conviction que ces aides improvisés rempliraient convenablement cette tâche délicate.

Les choses se passèrent à souhait; le sulfate de quinine apaisa rapidement les douleurs et la fièvre ; pendant deux jours il fut administré à la dose d'un gramme ; l'hémorrhagie n'ayant pas reparu, M. Pératé put le troisième jour enlever avec précaution le pansement qui était toujours resté en place.

A partir de ce moment, la cicatrisation des plaies fit des progrès rapides ; tout était fermé une quinzaine de jours plus tard.

On aurait pu croire enfin l'affection terminée, lorsque deux jours

après apparurent de nouveau des élancements et des picotements dans la main qui devint en même temps très-tuméfiée. La plaie se rouvre, et donne issue à environ une cuillerée à café de pus ressemblant à du chocolat. La compression est reprise, puis suspendue deux ou trois fois; mais les mêmes alternatives de guérison apparente et de phénomènes morbides avec écoulement d'un pus sanieux se reproduisent. En cherchant la cause de ces phénomènes, on s'aperçut de l'existence, au centre à peu près de la paume de la main, d'une tumeur molle, du volume d'une petite noisette, animée de battements isochrones au pouls et d'une expansion très-évidente. Elle était réductible presque en entier par la pression, et disparaissait aussi bien par la compression de l'artère humérale. La compression de l'artère cubitale au-dessus du poignet diminuait beaucoup les battements et l'expansion sans les faire disparaître tout à fait. Celle de la radiale agissait de la même manière, mais beaucoup moins encore; il fallait interrompre le cours du sang simultanément dans les deux vaisseaux pour faire cesser les phénomènes. Évidemment nous avions affaire à une tumeur anévrysmale; cependant il nous fut impossible de percevoir le souffle en appliquant directement notre oreille sur la paume de la main malade.

Nous instituâmes le traitement suivant : application sur la tumeur d'une rondelle épaisse d'amadou de la largeur d'une pièce d'un franc; sur cette rondelle fut posée une demi-noix muscade, la face convexe tournée vers la tumeur; d'autres rondelles d'amadou superposées et une bande étroite soigneusement roulée en spica autour de la racine du pouce complétaient ce petit appareil. Nous recommandâmes de plus au malade et à ses aides les manœuvres nécessaires pour intercepter l'abord du sang dans l'anévrysme, à savoir : la compression de l'humérale; la compression simultanée des artères radiale et cubitale, à la partie inférieure de l'avant-bras; la flexion et même l'extension forcées de cet avant-bras sur le bras. Tous ces procédés étaient efficaces; tous pouvaient, par conséquent, être successivement mis en usage, ce qui permettait au patient de les varier avec moins de fatigue.

Nous espérions beaucoup de cette combinaison de la compression indirecte qui devait être et qui fut en effet pratiquée en moyenne sept ou huit heures par jour. M. X..., d'ailleurs très-ingénieux, imagina bientôt des appareils mécaniques un peu grossiers, mais très-efficaces, qu'il appliquait alternativement sur le bras et sur l'avant-bras, et dont il prolongeait ainsi l'emploi pendant des heures entières. Malheureusement nous pûmes nous convaincre au bout de

quinze jours que toute cette peine était inutile. La compression directe avait même amené un assez singulier résultat; elle avait formé, au centre des tissus indurés de l'ancien foyer de suppuration, une dépression en forme de cupule au fond de laquelle le sac battait plus que jamais sous la peau amincie. Pendant que nous délibérions sur la conduite à suivre, et qu'en attendant nous laissions en place la noix muscade et l'amadou, la peau se perfora et, un beau jour, l'appareil étant enlevé, nous remarquâmes au fond de la dépression un soulèvement phlycténoïde de l'épiderme de plusieurs millimètres de diamètre. Cet épiderme enlevé, nous constatâmes que le derme était détruit et que nous avions sous les yeux une saillie noirâtre, constituée, soit par le sac extrêmement aminci, soit peut-être même par un caillot privé d'enveloppe. En tout cas, cette saillie était soulevée par des battements énergiques, ce qui rendait sa rupture tout à fait imminente. Il n'y avait plus lieu de temporiser. Il fallait choisir entre les méthodes opératoires suivantes : ligature de l'humérale, ligature des deux artères de l'avant-bras, méthode ancienne, c'est-à-dire ouverture du sac et ligature des deux bouts, et enfin injection coagulante dans la poche vasculaire.

J'avais, à vrai dire, une grande répugnance à employer la méthode d'Anel, dont l'efficacité est si douteuse dans les hémorrhagies de la paume de la main, et qui n'est point sans danger. La méthode ancienne promettait mieux ; mais il s'agissait d'opérer, dans la paume de la main, des débridements dans le sens transversal, ce qui eût exposé à blesser une ou plusieurs des branches du nerf médian. C'est pourquoi j'optai pour l'injection coagulante, d'une exécution beaucoup plus facile et à peu près dépourvue de tout danger si le liquide injecté ne sortait pas du sac et ne provoquait point l'inflammation de voisinage.

Je ne me dissimulais point toutefois les chances d'insuccès ; en coagulant le sang, nous produisions un corps étranger qui, à sa chute, pouvait donner lieu à une hémorrhagie, si les deux bouts artériels communiquant avec le sac n'étaient pas oblitérés. Cependant j'espérais que cette oblitération pourrait s'effectuer, s'il ne survenait point d'inflammation et si l'élimination du caillot durci tardait tant soit peu à se produire.

Le 14 mai, l'opération fut faite de le manière suivante : tout étant disposé pour faire et continuer un temps suffisant la compression artérielle, et muni de la seringue à double canule de Mathieu, modifiée par Broca, je plongeai l'aiguille à quelques millimètres de la circonférence de la tumeur, et, la faisant marcher très-obliquement et

presque parallèlement à la profonde face de la peau, je pénétrai dans le sac. J'en fus averti aussitôt par l'issue d'un jet de sang rutilant. La compression faite sur l'humérale, je poussai dans la cavité de l'aiguille la seconde canule, et j'injectai lentement quatre gouttes d'une solution de perchlorure à 20 degrés.

Trois à quatre minutes après, je poussai encore la même quantité de liquide, puis j'attendis dix minutes environ. La solidification de la masse sanguine étant manifeste, je retirai doucement les deux canules.

Un quart d'heure plus tard, je fis relâcher un peu la compression, et constatai avec plaisir que la tumeur n'avait plus ni battements ni expansion. La compression fut continuée rigoureusement pendant une heure encore, puis graduellement diminuée pendant la demi-heure suivante.

La piqûre et la pénétration du perchlorure de fer dans le sac avaient provoqué une souffrance assez vive, qui cependant avait disparu avant la cessation de la compression. Vers cinq heures du soir et sans cause connue, la douleur se montra de nouveau, occupant toute la paume de la main. Elle cessa spontanément au bout de trois heures, pour ne plus reparaître.

Les jours suivants ne furent signalés par aucun accident. La saillie noire parut seulement s'élargir quelque peu et se solidifier davantage, mais aucun phénomène inflammatoire ne survint.

Il en fut de même jusqu'au 15 juin, époque à laquelle le caillot se détacha tout d'une pièce, mettant à découvert une petite cavité en grande partie cicatrisée, sauf à son centre, où s'étaient rassemblées deux ou trois gouttelettes de pus. Deux jours plus tard, cette petite plaie elle-même était également fermée.

Les détails circonstanciés dans lesquels je viens d'entrer rendent inutiles de longs commentaires, je veux m'arrêter seulement sur le siége et sur le mode de production assez obscur de cet anévrysme.

La tumeur répondait incontestablement à l'arcade palmaire superficielle, car sa partie moyenne était traversée par la ligne indiquée par Bœckel, et, de plus, la compression exercée à 1 centimètre en dedans et en dehors du sac, sur le trajet de cette arcade, arrêtait aussitôt les battements.

Mais comment l'artère avait-elle été perforée en ce point? J'affirme que l'incision pratiquée au niveau du médius n'avait d'ailleurs donné lieu à aucune hémorrhagie immédiate, il est certain que la solution de continuité du vaisseau n'a pas été faite par le bistouri. C'est d'ail-

leurs dix jours plus tard seulement que survint l'hémorrhagie secondaire, d'où date sans aucun doute le début de l'anévrysme. Voici comment je m'explique la formation de celui-ci :

J'ai dit que le phlegmon occupait la plus grande partie de la paume de la main ; par conséquent, l'arcade palmaire devait flotter dans le foyer purulent ; la fièvre s'étant montrée vers le 1er mars, et l'inflammation s'étant rallumée, la paroi artérielle mise à nu, et qui avait résisté jusque-là, fut prise de ramollissement aigu et se rompit brusquement. Ce mécanisme est d'autant plus probable que, bien des fois, on a observé la perforation consécutive des gros vaisseaux en contact immédiat avec des collections purulentes, lorsque les malades étaient pris soit de septicémie, soit d'une recrudescence locale de la phlegmasie. Lorsqu'il s'agit de la carotide, de la jugulaire ou de tout autre vaisseau d'un gros calibre, la mort est la conséquence ordinaire de ces perforations vasculaires, mais ici l'hémorrhagie ayant été bientôt domptée, puis la compression étant restée longtemps en place, l'ouverture extérieure de l'abcès a pu se fermer avant la plaie artérielle et ainsi se sont trouvées réalisées les conditions nécessaires au développement d'un anévrysme faux consécutif.

Si mon explication est exacte, le fait est un des exemples bien rares, je crois, d'anévrysme succédant à la rupture d'une paroi artérielle altérée par une inflammation de voisinage.

Obs. V. — *Anévrysme spontané de l'artère poplitée. — Insuccès de la flexion et de la compression indirecte. — Trois injections coagulantes.— Embolie à la troisième.— Gangrène du membre. — Mort.*

H... (Charles), soixante-cinq ans, chaudronnier, a joui, jusqu'au mois de janvier 1871, d'une bonne santé ; à cette époque, il eut une bronchite intense qui le fatigua beaucoup.

Il entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 10, le 10 juin 1871.

Cinq mois auparavant, il ressentit dans le creux du jarret, du côté droit, une démangeaison légère et s'aperçut, en y portant la main, de la présence d'une grosseur indoleute ; quelque temps après, il commença à ressentir dans les parties profondes de la cuisse des douleurs, cessant d'abord pendant le repos au lit, mais qui, depuis un mois, ont augmenté et l'ont fait boiter. Il n'y a jamais eu dans la jambe ni douleurs, ni œdème, ni fourmillements.

Actuellement, on trouve dans le creux poplité du côté droit et

légèrement portée vers la partie interne, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, allougée, mesurant environ 5 à 6 centimètres de longueur et 2 à 3 de largeur; à la palpation, elle paraît formée de plusieurs bosselures, et présente à sa partie inférieure un prolongement lobulé, qui semble se détacher du reste de la tumeur et donne au doigt la forme et la sensation de l'épididyme. La tumeur principale et son prolongement rappellent les deux parties de la vessie natatoire des poissons. Il n'y a ni adhérence ni changement de couleur à la peau. La tumeur, en partie réductible, est animée de battements très-marqués et de mouvements d'expansion manifestes à la vue et au toucher, et qui cessent quand on comprime la fémorale, soit dans le triangle de Scarpa, soit au tiers inférieur de la cuisse. L'oreille y perçoit un bruit de souffle simple, intermittent, peu intense, ce qui fait penser que l'ouverture de communication de l'artère et du sac est considérable par rapport au volume de ce dernier. Les battements de la tibiale postérieure sont très-difficiles à percevoir, et l'on ne peut sentir ceux de la pédieuse. Les veines superficielles ne sont pas dilatées.

Quelques jours après l'entrée du malade, on commença le traitement par la flexion forcée. Mais le petit volume de la tumeur rendait ce procédé peu efficace. Il le devenait seulement par l'addition d'un tampon de ouate placé sur le sac, entre la jambe et la cuisse, mais provoquait alors des douleurs violentes. Il fallut donc y renoncer.

On essaya alors les divers procédés de compression de la fémorale au pli de l'aine, qui malheureusement ne donnèrent pas de meilleur résultat, et cela pour uue raison toute spéciale. En effet, le malade était maigre et certainement affecté d'athérome artériel. La fémorale volumineuse et très-mobile dans le tissu cellulaire offrait les battements les plus énergiques que jamais peut-être j'aie observés. La digitale en diminuait le nombre, mais non l'intensité. Aussi lorsqu'on entreprit la compression, les doigts des aides se fatiguaient très-vite, et il fallait les remplacer trop souvent pour que le sang pût se coaguler dans la poche. On essaya la compression avec un sac de plomb pesant au moins 4 à 5 livres; mais employé seul, ce sac, chassé par les battements, glissait bientôt sur les côtés de l'artère: maintenu par les mains d'un aide ou du malade, il déterminait rapidement au point comprimé des douleurs qui forçaient à l'abandonner; s'il était, au contraire, superposé aux doigts comprimant l'artère, il engourdissait ces doigts au point de rendre la pression impuissante. On essaya encore un appareil compresseur

prêté par M. Mathieu, mais la pelote, comme l'extrémité du sac de plomb, était bientôt chassée sur les côtés de l'artère.

L'insuccès de la flexion et de la compression me décida à faire dans l'anévrysme une injection coagulante avec la seringue de Pravaz à double canule.

Le 27 août, la compression étant soigneusement établie au pli de l'aine et sur le tronc tibio-péronier, je fais la ponction à la partie moyenne de la tumeur, en un point où l'expansion est très-évidente. Le poinçon retiré, un jet de sang m'avertit que je suis dans le sac. J'injecte alors six gouttes de perchlorure de fer à 15 degrés; la double compression est maintenue pendant une demi-heure.

Le malade ne ressent, au moment de l'opération et pendant toute la journée, ni douleurs, ni refroidissement, ni crampes dans la jambe. Le soir, les battements de la tibiale postérieure se sentent aussi faiblement que les jours précédents; le sac est certainement plus petit, plus dur, l'expansion et les battements ont diminué.

Les jours suivants, la dureté du sac n'augmente pas; l'anévrysme présente un peu moins de volume; mais les battements et le souffle reprennent peu à peu leur intensité première. La circulation périphérique est normale.

Le 8 septembre, les symptômes sont presque aussi marqués qu'avant l'injection; l'endurcissement du sac a presque disparu, excepté dans le lobule inférieur, qui se détache mieux du reste de la masse.

Le 2 octobre, la tumeur est revenue au même état qu'avant l'injection; battements, expansion, souffle, dimensions, tout y est comme au début.

Le 4 octobre, la double compression préalable étant établie, seconde injection de sept gouttes de perchlorure à 22 degrés. La ponction faite à 15 millimètres environ plus haut que la précédente, ne donne issue qu'à de la sérosité brunâtre assez limpide, dont on ne devine pas bien la provenance. La canule, étant enfoncée davantage, arrive dans l'intérieur du sac, d'où sort aussitôt un jet de sang rouge, saccadé. On pousse alors sept gouttes du liquide coagulant. A ce moment, le malade ressent dans le sac anévrysmal une douleur qu'il n'avait pas éprouvée la première fois; elle ne dure que quelques minutes. Pendant la journée, on ne constate rien de particulier; pas de douleur dans le membre, pas de refroidissement. Le soir, à quatre heures et demie, les battements et l'expansion de la tumeur sont encore perceptibles; d'autre part, la consistance, augmentée aussitôt après l'injection, n'a pas diminué depuis.

Le lendemain, on observe de la roideur dans la jambe, quelques

symptômes d'inflammation modérée, autour de la piqûre, léger gonflement et douleur à la pression, rougeur et tension de la peau; ces phénomènes disparurent peu à peu les jours suivants.

Le 19 octobre, il n'y avait plus de douleurs dans le membre, la tumeur était dure, les battements, l'expansion et le souffle avaient diminué, quoique très-marqués encore; on distinguait très-bien le noyau dur obtenu par la première injection, et l'induration voisine produite par la seconde.

Cette amélioration ne faisant aucun progrès, je pratique, le 10 novembre, une nouvelle injection de huit gouttes de liqueur iodo-tannique. La ponction est faite cette fois tout à fait à la partie supérieure du sac, presque dans le point où l'artère poplitée y pénètre. La compression au-dessous et au-dessus est maintenue pendant vingt à vingt-cinq minutes environ; on continue ensuite pendant une heure la compression à la racine de la cuisse.

Pendant ce temps, le malade accuse de l'engourdissement dans tout le membre; les veines sous-cutanées sont très-fortement gonflées; au moment où l'on cesse la compression, il survient subitement une douleur très-vive dans toute la jambe et en particulier dans le mollet.

Dans le courant de la journée, la douleur continue; mais en même temps on constate des modifications importantes dans l'état du membre. Le sac ne présente plus d'expansion, mais seulement quelques battements, communiqués peut-être par la poplitée, qui bat énergiquement. Le creux du jarret n'est point douloureux. Le mollet, au contraire, est tuméfié, dur, très-sensible au toucher, le pied et la moitié inférieure de la jambe sont engourdis et presque insensibles; les orteils sont bleuâtres; la peau du pied et de la jambe est çà et là couverte de taches bleuâtres et de points décolorés. Les veines sous-cutanées sont turgescentes; aucun battement ni dans la pédieuse ni dans la tibiale postérieure; sans être froid, le membre offre pourtant au toucher une diminution de température.

Le lendemain matin, tous ces phénomènes se sont accentués. L'insensibilité et la teinte livide occupent toute la moitié inférieure de la jambe et le pied, dont les orteils sont déjà quelque peu flétris. La tuméfaction et la sensibilité du mollet augmentent. Il est évident qu'un caillot, détaché du sac après la levée de la compression, est venu s'arrêter dans l'artère tibiale postérieure et oblitérer ce vaisseau.

On enveloppe le membre de compresses trempées dans l'alcool et recouvertes de ouate et de taffetas gommé. Sur le mollet, frictions

avec l'onguent napolitain belladoné. A l'intérieur, potion cordiale avec l'acétate d'ammoniaque.

Le 12, le sphacèle se dessine de plus en plus. Le pied est gonflé; l'épiderme soulevé par places laisse à nu un derme rosé qu'on peut traverser avec une épingle sans provoquer de douleurs.

La rougeur de la peau remonte jusqu'à 10 centimètres des malléoles et se termine par un liséré frangé d'un rose vif, au-dessus duquel le tégument reprend sa coloration et sa sensibilité normales.

Les jours suivants, la gangrène ne fait pas de nouveaux progrès. Le sillon d'élimination tend à se former. On doit s'attendre à la perte du tiers inférieur de la jambe. Le mollet reste toujours douloureux, rénitent et gonflé, une fois plus gros que celui du côté opposé, comme s'il y avait en cet endroit un phlegmon profond. Mais il n'y a pas d'œdème considérable à la surface, et je cherche en vain la fluctuation. Aussi je m'abstiens de pratiquer une incision.

L'état général n'est pas mauvais; la fièvre est à peine appréciable. On s'attache à calmer les douleurs du mollet, à combattre l'insomnie et à soutenir les forces. On fait sur les parties mortifiées des applications réitérées d'acide phénique dilué, qui neutralisent assez bien la mauvaise odeur.

Le 21, la scène change brusquement. Frisson prolongé; le thermomètre monte à 40 degrés; fièvre vive, peau chaude, soif intense, diarrhée aboudante; grand accablement, subdélirium la nuit. Cet état se continue les jours suivants; la diarrhée persiste, en dépit des moyens qu'on lui oppose; la langue est sèche et l'appétit tout à fait nul. Le mollet se dégonfle rapidement et cesse d'être douloureux.

Le 25, œdème du pied opposé; rougeur et douleur au niveau du poignet gauche, indiquant nettement une arthrite pyohémique. Mort la nuit suivante.

Autopsie, vingt-huit heures après la mort.

Pleurésie ancienne à droite. Le poumon adhère fortement à la plèvre tapissée de fausses membranes; les deux poumons sont sains; pas d'infarctus; pas d'embolie. Les valvules du cœur sont intactes; l'aorte est dilatée, sacciforme, athéromateuse; le foie est gras en certains points, sain dans les autres; les reins sont petits et ratatinés. Rien de particulier dans la rate.

L'articulation radio-carpienne gauche est remplie de sérosité gélatiniforme, purulente; l'articulation scapulo-humérale du même côté renferme un liquide analogue, un peu moins louche cependant; le sang trouvé dans les gros vaisseaux et le cœur est diffluent, noirâtre, sans mélange de caillots.

La poplitée du côté gauche n'offre aucune dilatation, mais il y a par places de l'endo-artérite en état de régression graisseuse.

L'anévrysme est immédiatement sous l'aponévrose et lui adhère assez fortement dans l'étendue de 15 millimètres environ ; on retrouve à ce niveau deux petites ecchymoses correspondant sans doute aux ponctions antérieures. L'aponévrose enlevée, on découvre le sac. Il est fusiforme, long de 6 centimètres et large au maximum de 3 centimètres. Il commence en haut à 3 centimètres de l'interligne articulaire, et finit en bas au point de jonction des deux jumeaux; sa face sous-cutanée est irrégulière, bosselée, recouverte par la veine poplitée très-adhérente, aplatie, mais non oblitérée, et par le nerf sciatique poplité interne, qui s'y est creusé un sillon longitudinal. Un étranglement transversal, situé à 2 centimètres de l'extrémité inférieure, divise ce sac en deux parties inégales et explique bien la singulière forme que déjà l'on avait constatée à travers les téguments.

La face antérieure ou profonde de la tumeur est plus régulière; elle repose sur le ligament postérieur du genou, et plus bas sur le muscle poplité; mais elle en est séparée par la partie inférieure de l'artère poplitée, qu'elle recouvre dans l'étendue de 5 centimètres, sans y adhérer notablement.

L'ouverture de communication de l'artère avec le sac correspond à la partie la plus élevée de ce dernier; en ce point, le vaisseau est un peu dilaté et présente sur sa face postérieure une perforation régulièrement circulaire, de 1 centimètre environ de diamètre, au pourtour de laquelle paraît s'insérer la paroi du sac anévrysmal. C'est à partir de cette espèce de collet ou de pédicule que le sac se dilate et se porte en bas dans une longueur de 6 centimètres. Par suite de cette disposition insolite, l'anévrysme est véritablement polypiforme, son grand axe étant vertical et presque parallèle à celui de l'artère poplitée.

Les parois de la poche sont épaissies et solides. La cavité est complétement remplie par un caillot ferme, teinté en rouge, sans stratifications, sauf au voisinage immédiat de la paroi, et qui résulte manifestement de l'action du liquide coagulant sur le sang. Il adhère assez solidement à la face interne du sac et se prolonge dans l'artère poplitée, au-dessus de son ouverture, dans l'étendue de 1 centimètre et demi, et au-dessous dans une étendue double. Donc la troisième injection avait solidifié le sang non-seulement dans le sac, mais encore dans l'artère, en amont et en aval de l'ouverture de communication. C'est de là sans aucun doute que s'est détachée l'embolie.

L'artère poplitée elle-même, est un peu dilatée au-dessus de la perforation; au-dessous, au contraire, elle diminue brusquement de volume dans tout l'espace où elle est recouverte par le sac.

La bourse séreuse du demi-membraneux, distendue par du liquide filant, forme un kyste gros comme une noisette allongée.

Le tronc tibio-péronier et les artères qui lui font suite ne renferment aucun caillot, mais seulement des traces d'endo-artérite. On ne retrouve donc point l'embolie diagnostiquée pendant la vie. Il est très-probable que le caillot obturateur se sera dissous pendant les derniers jours de l'existence. Je suis plus surpris encore de ne constater aucun indice de phlegmon dans le mollet au point où s'étaient développés le gonflement douloureux et les signes si manifestes d'une inflammation profonde. Les muscles présentent, même à ce niveau, leur apparence normale; tandis que, vers la partie inférieure du membre, ils sont pâles, jaunâtres et stéatosés.

Les veines de la jambe renferment du sang noir et des bulles de gaz, mais nulle trace de thrombose.

La méthode des injections coagulantes n'a été employée jusqu'ici qu'un petit nombre de fois dans le traitement des grands anévrysmes, et l'insuccès que je publie n'est pas de nature à lui gagner des partisans.

Cependant, avant de la condamner d'une manière définitive, il est bon d'examiner, dans le cas présent, pourquoi j'ai cru devoir la mettre en usage et pourquoi elle a provoqué des accidents.

Je l'avais choisie parce que la compression et la flexion s'étaient montrées impuissantes, parce que je considérais comme particulièrement dangereuse la ligature pratiquée sur une artère athéromateuse, dans laquelle l'impulsion sanguine était extrêmement énergique; parce qu'enfin le petit volume et l'exacte limitation du sac me semblaient être des conditions très-favorables à la formation d'un caillot circonscrit. Si j'avais connu à l'avance la vraie disposition de ce sac, et son quasi-isolement de l'artère, je n'aurais été que plus porté à pratiquer l'injection coagulante, car, malgré l'issue funeste, on peut dire que cette injection a parfaitement réussi, ayant amené la formation d'un caillot complet, non-seulement dans la poche anévrysmale, mais encore dans une assez grande étendue de l'artère au-dessus et au-dessous de sa perforation.

Il n'a manqué à ce caillot, pour être efficace et innocent, qu'une solidité suffisante et une adhérence assez forte à la paroi artérielle

pour résister au choc de l'ondée sanguine après la cessation de la compression inguinale.

Malheureusement le caillot était trop friable. Aussi, tandis qu'il résistait à l'impulsion du sang qui le frappait par en haut, il fut ébranlé dans toute sa hauteur et laissa se détacher de sa terminaison inférieure un fragment embolique qui vint brusquement obturer l'artère tibiale postérieure ou peut-être la fin du tronc tibio-péronier.

La friabilité du caillot une fois admise n'est pas à son tour impossible à expliquer. La crainte de provoquer dans le sac une inflammation trop vive et une coagulation trop étendue m'avait fait employer pour la première séance une petite quantité d'un liquide faiblement coagulant (6 gouttes de perchlorure à 15 degrés).

L'effet ayant été presque nul, j'augmentai dans la seconde séance et le nombre des gouttes et la concentration du médicament (7 gouttes de perchlorure à 22 degrés). Cette fois la réaction locale fut assez vive, mais le résultat encore très-imparfait.

L'innocuité des deux premiers essais devait m'enhardir, mais il fallait évidemment une action plus énergique encore.

Toujours préoccupé des inconvénients attribués au perchlorure de fer à 30 degrés, je songeai à le remplacer par la liqueur iodo-tannique, qui, maintes fois injectée dans les varices par les chirurgiens lyonnais, est réputée aussi active et plus innocente que le sel ferrique, quoique provoquant d'une façou moins rapide la coagulation sanguine.

Malheureusement je ne tins pas un compte suffisant des qualités différentes que doit posséder un caillot suivant qu'on le fait naître dans une veine ou dans une artère. Soumis, dans le premier de ces vaisseaux, à une pression *a tergo* très-faible, et qu'on peut presque anéantir par la simple position du membre, il a tout le temps de se consolider et d'adhérer d'une façon inébranlable à la paroi. Dans l'artère, au contraire, il est vigoureusement frappé dès que la compression indirecte a cessé, puis entraîné ou morcelé si, au moment de cette cessation, il n'a pas acquis le degré nécessaire de cohésion et d'adhésion.

En résumé, je me reproche d'avoir préféré la liqueur iodo-tannique au perchlorure de fer.

Il me reste encore à examiner si, une fois l'embolie reconnue, j'ai fait le nécessaire pour sauver mon malade. Ici encore je m'accuse d'avoir montré trop de timidité et de n'avoir pas pris sur-le-champ le parti d'amputer. Si je rejetai tout d'abord une ressource si extrême, c'est

que, peu de temps auparavant, j'avais observé précisément une embolie spontanée partie d'un anévrysme poplité, et que j'avais pu guérir l'affection première et la complication, sans avoir recours au couteau (1).

Je ne portai donc pas tout d'abord un pronostic très-grave. Mais ici encore je me trompais, car le sujet guéri était plus jeune (quarante-six ans), et avait un système artériel capable de subir, sans trop de peine, la dilatation collatérale ; tandis que mon malade actuel, âgé de soixante-cinq ans, avait des artères indurées peu propres au réablissement d'une circulation supplémentaire.

Au reste la gangrène, se substituant rapidement à l'asphyxie locale, ne me laissa pas de longues illusions. Mais alors d'autres raisons me détournaient de l'amputation immédiate. Dans les premiers jours, le sphacèle n'était pas limité, et l'on sait que les amputations pratiquées dans ces circonstances sont d'une gravité exceptionnelle. A partir du quatrième jour on put voir que la mortification n'envahirait que la partie inférieure de la jambe : nouvelle raison pour attendre. Ce qui m'éloignait surtout de la mesure radicale, c'est qu'avec le gonflement du mollet je ne pouvais penser à l'amputation de la jambe, et qu'il fallait d'emblée remonter au tiers inférieur de la cuisse. Bref, je temporisai tant et si bien que les accidents généraux éclatèrent, qu'une pyohémie se développa, et qu'en présence d'une telle complication je n'eus pas le courage d'amputer un malheureux vieillard *in extremis*. A la vérité, l'autopsie ne révéla pas les abcès viscéraux que je redoutais, mais seulement des collections articulaires certainement moins graves ; mais je ne pus porter ce diagnostic délicat, et l'eussé-je fait que la seule septicémie aiguë m'aurait sans doute fait reculer.

Je conclus de ce fait intéressant et des détails dans lesquels je viens d'entrer :

1° Que j'aurais dû pratiquer d'emblée la ligature de la fémorale ;

2° Qu'ayant préféré l'injection coagulante, j'aurais dû employer le perchlorure de fer ou prolonger davantage la compression inguinale après l'injection iodo-tannique ;

3° Que l'embolie étant reconnue, il eût fallu, en raison de l'âge et de l'état des artères du sujet, recourir aussitôt à l'amputation de la cuisse.

---

(1) Voir *Bull. de la Soc. de chir.* 1870, p. 44. (Séance du 2 février.)

Obs. VI. — *Anévrysme poplité gauche. — Compression intermittente au pli de l'aine. — Accroissement continu et inflammation du sac. Hydarthrose, puis arthrite aiguë du genou. — Phlegmon commençant de la cuisse. — Amputation. — Mort.*

X..., trente-deux ans, employé de commerce, entre à la Pitié, n° 16, le 11 mars 1874. C'est un homme de taille moyenne, bien constitué, vigoureux, intelligent et énergique. Nous recueillons sur sa santé antérieure les renseignements suivants : en 1860, syphilis confirmée, traitement spécifique pendant six mois. Aucune manifestation depuis cette époque. En 1864, étant soldat au Mexique, X... contracte une blennorrhagie de courte durée. Il échappe aux diverses épidémies du pays ; trois jours seulement avant de se rembarquer, il est pris d'une fièvre intermittente qui cède d'elle-même, par le seul fait du séjour sur le vaisseau. Le malade n'a jamais fait d'excès alcooliques. De retour en France, il entre comme comptable dans une maison de commerce ; mais, affecté de *la crampe des écrivains*, il quitte cette position pour *faire la place*, marchant cinq ou six heures par jour et montant un grand nombre d'étages. Il y a un an, pour la première fois, il ressentit sans cause connue une assez vive douleur dans le mollet gauche et dans la moitié externe du pied correspondant. Ces douleurs durèrent plusieurs jours ; elles cessaient la nuit par le repos, et n'empêchèrent pas le patient de continuer ses courses. Deux ou trois accès pareils se montrèrent dans l'espace de six mois. En septembre 1873, X... s'aperçut pour la première fois de la présence, dans le jarret gauche, d'une tumeur peu volumineuse, indolente, et insensible au toucher. Il ne peut dire si elle était animée de battements ; en tout cas, il y fit d'abord peu d'attention et n'abandonna pas son métier. Au mois de février dernier, il consulta un médecin qui reconnut sans peine un anévrysme, et conseilla l'entrée à l'hôpital.

Le 11 mars on constate que le creux poplité gauche est occupé par une tumeur volumineuse, presque globuleuse, qui ne mesure pas moins de 7 à 8 centimètres dans ses divers diamètres. Elle remplit toute la région et proémine surtout en dehors, où elle est d'une dureté médiocre, rénitente, et presque fluctuante ; l'expansion y est très-marquée, le souffle simple, assez faible. Une compression très-modérée de l'artère fémorale au pli de l'aine arrête immédiatement les battements. La flexion ne les fait disparaître, au contraire, qu'à la condition d'être portée très-loin ; l'extension ne les modifie point.

En même temps qu'elle cesse de battre, par la compression, la tumeur diminue beaucoup de volume et de consistance. Nous en concluons que le sac a peu d'épaisseur, et qu'il est distendu surtout par du sang liquide. Au reste, il est insensible à la pression, sauf en un point qui correspond au passage sur sa face externe, du nerf sciatique poplité externe; c'est de ce point que partent également les douleurs qui s'irradient dans le mollet, à la face externe de la jambe et dans les deux derniers orteils, douleurs qui, dans ces derniers temps, ont reparu à des intervalles de plus en plus rapprochés et avec une intensité croissante. Santé générale excellente; fonctions digestives en bon état; intégrité apparente de tous les grands appareils.

Le peu d'efficacité de la flexion ne permettait point de compter sur cette méthode : en revánche, la compression inguinale arrêtait si facilement l'entrée du sang dans le sac qu'elle était naturellement indiquée. Il suffisait d'ailleurs d'appliquer sur l'artère, au niveau de la branche du pubis, un sac de plomb pesant à peine trois livres pour faire cesser les battements. Je donnai donc au malade les instructions nécessaires, et il les comprit si bien que, dès le lendemain, il put faire lui-même deux heures de compression en trois ou quatre séances. Les résultats de ce premier essai furent remarquables ; la tumeur durcit, l'expansion et le souffle diminuèrent, ce qui nous fit espérer et promettre une guérison à la fois certaine et rapide. On administra en même temps à l'intérieur vingt gouttes de teinture de digitale.

Du 13 mars au 3 avril, la compression fut continuée, mais sans tenir ses premières promesses ; son emploi fut d'ailleurs entravé par une série d'accidents locaux et généraux. Autant elle avait été bien supportée le premier jour, autant elle ramenait, dès qu'elle était un tant soit peu prolongée, des souffrances vives dans le sac et dans les points déjà signalés de la jambe et du pied, souffrances que la cessation de la pression ne faisait point disparaître, et qui, plusieurs fois, se prolongèrent le reste du jour et une partie de la nuit, de façon à troubler le sommeil. Aussi, malgré nos exhortations, X... ne se comprimait parfois qu'une heure par jour et me demanda même souvent de se reposer complétement. Sous l'influence de la douleur, de l'insomnie, peut-être aussi du séjour à l'hôpital et du repos au lit, auquel il n'était guère habitué, le malade fut pris d'un état saburral caractérisé par l'inappétence, l'amertume de la bouche et un mouvement fébrile assez prononcé. Deux purgatifs, administrés à deux jours d'intervalle, dissipèrent l'embarras gastrique,

qui fut remplacé par d'autres symptômes assez incommodes; après les repas, et surtout celui du soir, survenaient subitement du malaise, du ballonnement du ventre, avec congestion vive de la face, et un certain degré d'agitation. En même temps les douleurs reparaissaient dans la jambe; dans ces sortes d'accès, qui duraient une heure ou deux, il n'y avait pas de fièvre véritable, car le tracé thermométrique ne dépassait guère 38 degrés. Aux phénomènes de congestion et d'excitation succédaient l'abattement et un découragement profond, allant jusqu'à faire pleurer cet homme, pourtant si courageux. A la visite du matin, en général, l'état paraissait excellent. Le sulfate de quinine, le chloral et diverses préparations antispasmodiques restèrent impuissantes. On n'obtint un soulagement réel qu'avec l'injection hypodermique d'un centigramme d'hydrochlorate de morphine, pratiquée soit au côté externe du genou, soit à la jambe, et qui calmait aussi bien les douleurs locales que l'éréthisme général. On dut employer quelquefois deux injections dans les vingt-quatre heures.

Du côté du sac, les choses ne marchaient pas beaucoup mieux; le 3 avril, nous constatons qu'il a notablement augmenté de volume, et qu'à la partie externe il déborde de plus en plus les limites du creux poplité. Dans ce même point il reste mou et dépressible; partout ailleurs, cependant, il a durci et présente à peine d'expansion; es téguments, quoique fortement distendus, sont toujours sains, souples, mobiles; la palpation continue à être indolente. La partie antérieure du genou, elle aussi, est tuméfiée, et l'on reconnaît clairement l'existence d'une hydarthrose; en même temps, le pied et la région malléolaire offrent un œdème très-manifeste. Nous attribuons l'hydarthrose et l'œdème à la distension de la veine poplitée et à l'oblitération des veines articulaires. Nous prescrivons l'élévation du membre et l'application sur l'anévrysme et la partie antérieure du genou des cataplasmes arrosés d'eau blanche. Nous engageons le malade à continuer la compression. Néanmoins l'état ne s'améliore pas, le sac grossit continuellement, il déborde en dehors le tendon du biceps, et proémine même en dedans derrière les tendons de la patte d'oie et du grand adducteur. Toutefois les battements diminuent de jour en jour, au point de n'être plus perçus qu'en dehors dans l'étendue de quelques centimètres carrés; de sorte que nous assistions à ce singulier spectacle d'un sac anévrysmal *battant de moins en moins et grossissant de plus en plus.* L'hydarthrose, de son côté, augmentait également sans cesser d'être absolument indolente; le 13, l'œdème a envahi toute la jambe; les douleurs n'étaient pas très-violentes, grâce aux injections hypodermiques; mais, comme la

morphine amenait de la constipation et de l'inappétence, on applique à la partie antérieure, supérieure et externe de la jambe un vésicatoire volant pour dissiper les souffrances.

Pendant ces derniers temps la compression avait été faite en moyenne une à deux heures par jour ; elle arrêtait comme auparavant l'entrée du sang dans le sac, à ce point que, le 14 au matin, je pus croire que les battements avaient définitivement cessé. Malheureusement il n'en était rien ; dans la soirée du même jour, des douleurs assez vives se manifestèrent dans le sac lui-même ; la nuit fut mauvaise, agitée ; le lendemain, 15, la face est fatiguée, la peau chaude, la langue un peu sèche, l'inappétence absolue. Le thermomètre monte, dans la soirée, jusqu'à 40 degrés ; un frisson est survenu dans l'après-midi.

Le 16 au matin, l'état général ne s'est point amélioré ; en revanche l'état local est devenu très-alarmant ; la face antérieure du genou, au niveau de l'hydarthrose, a pris une coloration rosée ; la palpation est douloureuse ; du côté du creux poplité la tumeur s'est encore accrue ; les battements ne sont plus perceptibles, mais la peau, sur le sommet de l'anévrysme, est enflammée, rouge, très-amincie, et menacée d'une rupture prochaine. Le tiers inférieur de la cuisse participe lui-même au gonflement ; nul doute, par conséquent, qu'il ne s'agisse d'une suppuration aiguë du sac et d'un commencement de phlegmon profond de la cuisse. La fièvre est intense (40°5) ; le malade est plongé dans une sorte d'abattement et de stupeur, rappelant l'état typhoïde le plus prononcé. Voulant tenter un dernier effort, je pratique séance tenante l'amputation de la cuisse à la partie moyenne ; pour éviter la perte de sang, sans toutefois refouler dans le torrent circulaire ni le coagulum du sac ni les caillots des veines circonvoisines, je me contente d'élever pendant quelques minutes le membre, et d'appliquer la bande de caoutchouc depuis l'anévrysme jusqu'au pli de l'aine. Le lien élastique circulaire fut appliqué au niveau de ce dernier point. L'écoulement du sang fut nul au moment de la section, mais de nombreuses ligatures furent nécessaires.

La veine fémorale présentait un caillot filiforme, de 2 à 3 pouces, et de date récente ; le tissu cellulaire intermusculaire était déjà infiltré d'une sérosité citrine. On appliqua le pansement ouaté. Deux heures après l'opération la température est à 36°5, elle remonte à 37°7 dans la soirée. Le malade est à peine sorti de son état de stupeur ; il ne souffre pas, sauf de la constriction exercée au niveau de l'abdomen, par les circulaires de bande qui fixent l'appareil ouaté ; il ignore qu'on lui a amputé la cuisse ; il n'a point uriné depuis le

matin et doit être sondé. Toute la journée du lendemain se passe de la même manière; à six heures l'agonie commence pour se terminer à minuit.

L'autopsie fut absolument interdite par la famille. Néanmoins l'inspection du cadavre, trente heures après la mort, indiquait assez la nature des derniers accidents. La putréfaction était déjà très-avancée; le moignon de la cuisse était gangréné à son extrémité, et, plus haut, infiltré de gaz, sillonné de marbrures brunâtres, enfin énormément tuméfié. Nous avions là sous les yeux, quoique la température fût assez basse, l'aspect particulier que nous avons vu tant de fois chez les sujets atteints de septicémie suraiguë, à la suite du fracas des membres par les gros projectiles de guerre.

Examen du membre amputé.— La peau n'est réellement adhérente qu'à la face postérieure du sac; ailleurs, elle peut être isolée par la dissection, mais en dedans et en dehors le tissu cellulaire est infiltré de sang. Ce n'est qu'avec peine qu'on distingue en ces points les limites du sac, à cause de leur extrême minceur. Au niveau du tendon du grand adducteur, en dedans, et du biceps, en dehors, il y a à ce sac des ruptures évidentes, par lesquelles s'échappent des caillots noirs, mous, de date certainement récente. Le *nerf sciatique poplité* externe est fortement rejeté en dehors; il est confondu avec la paroi du sac, et, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres, semble tuméfié, finement injecté, présentant en un mot des traces non équivoques de névrite. Ceci nous explique les douleurs si persistantes en ce point, et leur irradiation déjà indiquée. Le sciatique poplité interne est directement soulevé et rendu convexe en arrière, mais ne présente pas de lésion particulière. La *veine poplitée* semble émerger du milieu du sommet du sac; mais, en la suivant avec soin, on voit que, bridée et retenue en avant par les veines articulaires supérieures, elle se coude brusquement en arrière, s'aplatit, et se confond avec la partie postérieure de la paroi anévrysmale. Fendue longitudinalement, on reconnaît qu'elle est fortement revenue sur elle-même, sans être oblitérée par des caillots; il y a donc eu simplement effacement de sa lumière sans phlébite. Les parois en sont fort épaissies.

L'artère présente une disposition fort remarquable; on ne peut pas la suivre sous forme de cordon cylindrique, car, à partir du sommet de la tumeur, et jusqu'à l'extrémité inférieure de celle-ci, c'est-à-dire dans l'étendue de 8 centimètres environ, elle semble complétement étalée et métamorphosée en une large gouttière fusiforme, convexe en arrière, ouverte en avant, et dont les bords très-écartés se continuent sans ligne de démarcation tranchée avec les parois

latérales du sac. Tandis que ces dernières sont très-minces, et formées sans doute uniquement par la tunique externe énormément distendue, la gouttière en question présente, au contraire, l'épaisseur à peu près normale, sinon même accrue, d'une artère poplitée saine. Au-dessus et au-dessous de cet étalement l'artère reprend insensiblement son calibre; examinés du côté du sac, les deux orifices, légèrement obliques, sont situés à plus de 7 centimètres de distance; ils ne présentent aucun caillot obturateur; jusqu'au dernier moment le sang donc a pu pénétrer librement dans le sac et en sortir. La cessation des battements ne peut s'expliquer que par l'accumulation de caillots dans la poche, et la distension de celle-ci portée au maximum. Quant à ces caillots, ils sout pour la plupart uniquement cruoriques, à peine si çà et là on les trouve mélangés de concrétions fibrineuses rougeâtres, irrégulières, plus denses et plus anciennes, et qui ne présentent que très-exceptionnellement la disposition stratifiée et une adhérence tant soit peu intime avec les parois du sac. La surface interne de celui-ci, sauf dans les points rupturés déjà indiqués, est généralement lisse et régulière; elle offre surtout cet aspect au niveau de la face antérieure de la gouttière, formée par l'artère elle-même.

Il nous reste à dire un mot des rapports de la tumeur avec les os et l'articulation; lors de l'apparition de l'hydarthrose, on avait pu se demander si le sang ne s'était point introduit dans le sac synovial par une fissure du ligament postérieur, mais nous avions rejeté cette hypothèse en raison de l'absence de toute douleur, de toute inflammatiou, et enfin de tout battement dans l'articulation. Plus tard l'idée de la rupture du sac dans la jointure nous était revenue lors de l'accroissement rapide de l'épanchement et du développement non équivoque d'une arthrite aiguë. L'examen direct ne justifia pas cette supposition. Le sac, extrêmement aminci, reposait sur les os et sur le ligament postérieur; le périoste des premiers était épaissi et légèrement enflammé; mais le ligament ne présentait aucune solution de continuité. La cavité synoviale était remplie d'un liquide séro-sanguinolent; la séreuse, les ligaments et les cartilages ne présentaient point de lésions profondes, sauf une injection fine des capillaires.

Immédiatement après l'amputation, M. Nepveu avait examiné au microscope le sang du malade, le sang de l'anévrysme et eufin le liquide épanché dans le genou; le premier de ces liquides contenait quelques bactéries, le second renfermait aussi des bactéries du même genre et en nombre assez considérable, mais, de plus, une quantité

de leucocytes presque égale à celle des globules rouges. Le fluide synovial enfin présentait de son côté beaucoup de leucocytes, quelques hématies, et des bactéries en nombre considérable.

Remarques. — Dans le cas qui précède, tout s'annonçait au début de la manière la plus favorable. Les premiers essais de compression avaient en apparence avantageusement modifié la tumeur, et cependant le mal prit bientôt une marche de plus en plus mauvaise. Le sac s'accrut sans cesse, s'enflamma, se rompit à la fin et provoqua un phlegmon qu'une amputation de cuisse faite à la dernière extrémité ne put conjurer.

Nous rechercherons d'abord les causes de cette évolution funeste, puis nous examinerons si l'on aurait pu l'empêcher en employant d'autres moyens thérapeutiques.

Je dis qu'à première vue le pronostic était favorable ; en effet, le malade était jeune et paraissait exempt de toute maladie générale. Il avait bien été jadis atteint de syphilis, mais depuis longtemps il n'en présentait plus le moindre symptôme, il n'était point alcoolique, et toutes les fonctions générales s'accomplissaient normalement. La cause de l'anévrysme semblait toute accidentelle, imputable aux marches forcées et à l'ascension de nombreux étages nécessitée par les occupations ordinaires du sujet.

L'affection datait de plus d'une année déjà ; les progrès n'étaient donc pas d'une rapidité insolite. Le volume de la tumeur, bien que considérable, n'avait rien d'exorbitant, toutefois on pouvait déjà conclure de sa grande expansibilité et de sa réductibilité non moins grande, que les parois du sac étaient minces et que sa cavité était surtout remplie de sang liquide et non de caillots stratifiés.

Un seul symptôme offrait une intensité exceptionnelle ; je veux parler de la douleur si violente, si rebelle, causée par la compression et la névrite du sciatique poplité externe. Cette douleur me paraît avoir exercé sur toute la marche de l'affection l'influence la plus désastreuse, et voici pourquoi : revenant sans cesse, et, si l'on en croit le patient, plutôt exaspérée qu'amoindrie par l'arrêt du sang dans l'anévrysme, elle ne permit jamais de donner aux séances de compression ni la durée, ni la régularité nécessaires au succès de la méthode. En stimulant sans cesse l'appareil cardio-vasculaire qui, en dépit de la digitale, battait souvent quatre-vingts fois à la minute e d'une façon très-énergique, elle s'opposait indirectement, mais incontestablement au travail curatif naturel dans l'intérieur de l'anévrysme. Il me paraît aussi que, en amenant l'insomnie, l'excitation

générale du système nerveux et le découragement, en nous forçaut à administrer saus cesse des préparations narcotiques, elle contribua fortement à créer ce mauvais état général, cette pseudo-fièvre, cette inappétence, cette constipatiou, cette disposition saburrale, en un mot cet ensemble de conditions si défavorables à la stratification salutaire de la fibrine dans le sac.

J'admettrais sans peine encore que les troubles de la santé générale ainsi créés ont puissamment contribué à l'inflammation de la tumeur anévrysmale, cause ultime du revers. En effet, le sang sorti de ses voies naturelles et lors même qu'il ne subit pas le contact de agents extérieurs, n'est pas soustrait à l'iufluence des états constitutionnels. Tel foyer sanguin, né d'une contusion, qui se serait résorbé ou qui serait indéfiniment resté le plus bénin des corps étrangers, s'altère, s'enflamme, se métamorphose en abcès hématique si le blessé devient malade, ou s'il l'est déjà au moment où il est blessé.

L'influence générale u'épargne pas davantage le sang contenu dans un segment altéré de son appareil, exemple : la fréquence de la phlébite variqueuse chez les sujets atteints d'uae maladie générale aiguë ou chrouique. Or l'anévrysme, malgré sa limitation exacte et son espèce d'enkystement, n'est pas sans présenter des analogies avec les dilatations variqueuses aussi bien qu'avec les épanchements sanguins. Aussi ne serai-je point surpris de voir sa marche modifiée par une maladie générale antérieure, contemporaine ou intercurrente. Je regrette que le temps ne m'ait point permis d'appuyer sur des exemples pris dans la littérature, une vue de l'esprit qui me paraît logique, et qui dans le cas actuel, pour le moins, est fort soutenable.

De son côté, la disposition anatomique du sac a pris grande part à l'insuccès. En effet, il ne formait pas un diverticulum latéral communiquant avec l'artère par un orifice plus ou moius étendu, mais bien plutôt une dilatation ampulliforme aux extrémités de laquelle siégeaient les deux bouts de l'artère séparés l'un de l'autre par un espace de 8 centimètres. Les parois de cette ampoule étaient constituées pour la plus grande partie par la seule tunique externe très-amincie et fort dilatable, et dans uue petite étendue, au contraire, par les trois tuniques artérielles étalées en forme de gouttière. De ces deux régions du sac, la première était incapable de résister à l'impulsion sanguine; la seconde encore, tapissée à l'intérieur par la tunique interne, était peu propre à fournir aux caillots un point d'adhérence solide. Aussi qu'arriva-t-il? La première séance de compression permit la formation de caillots et amena une modification

avantageuse en apparence, mais nuisible en réalité. Le sang, rentrant dans le sac, refoula ces caillots contre la paroi dilatable, et ainsi s'explique comment la tumeur, tout en durcissant, se mit à augmenter de volume. En d'autres termes, les caillots au fur et à mesure qu'ils se formaient, jouaient le rôle de corps étrangers; ils remplissaient la poche, mais en la dilatant, jusqu'au jour où ils la firent éclater.

Pour combattre cette disposition anatomique du sac, il eût fallu la connaître à l'avance, alors on aurait compris que, pour réussir, il s'agissait d'obtenir la coagulation totale et rapide du sang dans l'anévrysme, et protéger longtemps le caillot contre le choc artériel.

Je sais bien qu'on n'aurait eu de la sorte qu'un sac rempli de caillots cruoriques, et nul n'ignore qu'un tel sac peut recevoir à nouveau le sang par le bout périphérique lors du rétablissement de la circulation; mais on sait aussi que ces mêmes caillots résistent souvent à cette impulsion artérielle centripète, si elle se produit tardivement ou si elle est peu énergique, si surtout la coagulation partie du sac se continue au-dessous de lui dans une certaine étendue de l'artère.

D'où je conclus que, dans le cas présent, la compression intermittente et répétée seulement à de longs intervalles devait inévitablement échouer; qu'il eût fallu continuer la compression totale jusqu'à cessation complète des battements, et que si le malade n'avait pu supporter une séance aussi prolongée, il eût été nécessaire de pratiquer immédiatement la ligature.

Je crois encore que cette dernière opération aurait eu quelques chances de succès jusqu'au moment où se sont développés les symptômes généraux, et qu'on en eût été quitte pour une suppuration du sac, accident grave à la vérité, mais qui n'est pas absolument mortel; et, pour achever ma confession, j'avoue enfin que l'amputation a été pratiquée deux jours trop tard.

Je me demande encore : 1° si une fois constatée la grande dilatabilité et, par conséquent, la faible résistance du sac, il n'eût pas été bon d'accroître cette résistance d'une manière détournée par la compression directe.

2° Si, en fin de compte, il n'eût pas été préférable de recourir d'emblée à la méthode ancienne par l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts si écartés de l'artère.

Tous ces raisonnements *a posteriori* sur les causes de l'insuccès et sur les meilleurs moyens à mettre en usage sont faciles, je le re-

connais, quand on a sous les yeux la pièce anatomique et l'explication indiscutable du revers; mais c'est *a priori* qu'il faudrait les faire. Malheureusement, si l'anatomie pathologique des anévrysmes est aussi bien connue que possible d'après les recherches d'amphithéâtre, il nous arrive souvent de ne pouvoir au lit du malade deviner exactement des dispositions qui, seules, donneraient à la thérapeutique une base solide et rationnelle ; alors nous procédons empiriquement, essayant d'abord les méthodes les plus douces et ne les abandonnant que de guerre lasse lorsque leur impuissance est définitivement démontrée. Ces essais inutiles ne sont pas toujours nuisibles, et parfois se résument en une simple perte de temps. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la persévérance dans une voie stérile laisse le mal s'aggraver, et quand nous recourons enfin aux mesures radicales, il est souvent bien tard.

Il ne faut jamais oublier, je le répète, qu'en certains cas les méthodes dites de douceur sont frappées d'avance d'impuissance et dès lors nuisibles, et que la meilleure chirurgie conservatrice est celle qui d'emblée réalise les sacrifices nécessaires.

Depuis l'introduction et surtout la généralisation de la méthode compressive dans la cure des anévrysmes, un chirurgien serait passible d'un blâme sévère s'il ne l'essayait tout d'abord et s'il n'en épuisait tous les procédés avant de prendre à la main ses instruments. La plupart des malades, qui généralement sont au courant de leur affection, redoutent et refusent la ligature comme les calculeux redoutent et refusent la taille. Sans songer un instant à contester les immenses avantages de la compression, nous devons néanmoins résister à un engouement exagéré, reconnaître que cette méthode n'est pas une panacée, l'abandonner à temps, la rejeter d'emblée en certaines occurrences, et rendre à la ligature sa sphère d'application restreinte, mais indispensable.

C'est pour en arriver à cette conclusion, qui est, je crois, dans tous les esprits, que j'ai développé aussi longuement les précédentes remarques.

L'observation suivante est de nature à appuyer encore cette proposition.

Obs. VII. — *Anévrysme diffus de la fémorale droite; accroissement rapide et continu de la tumeur.— Insuccès de la compression. — Ligature de la fémorale au-dessous du ligament de Fallope. — Guérison.*

Henri M..., quarante-sept ans, voyageur de commerce, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 20, le 2 décembre 1873.

Il donne sur sa santé antérieure les renseignements suivants :

Vers l'âge de vingt-trois ans, il contracta une maladie vénérienne et reçut les soins de MM. Ricord et Demarquay. A quarante ans, il reprit un chancre, mais ne peut en préciser la nature. A plusieurs reprises, il a eu des attaques de goutte. Il a fait sans doute des excès alcooliques qu'il n'avoue pas, mais qu'il ne nie pas formellement. Son père est mort hémiplégique.

Au mois de janvier 1873, dans le cours d'un de ses voyages, il reçut un coup de pied de mulet à la partie inférieure et interne de la cuisse droite; la douleur fut médiocre, une ecchymose légère apparut au point frappé. Il n'en continua pas moins ses occupations.

Vers le milieu d'octobre, il ressentit dans tout le membre inférieur des douleurs qu'il attribua à un retour de la goutte, et pour lesquelles il prit de lui-même de la teinture de colchique. Dans les premiers jours de novembre, il fut pris d'un nouvel accès, plus violent que les précédents, et sévissant surtout au niveau du geuou droit.

Il revint en hâte à Paris, très-souffrant, très-fatigué, et fit demander son médecin, qui reconnut une hydarthrose aiguë. Le lendemain, les souffrances s'étant encore accrues, le praticien examina tout le membre avec plus d'attention et découvrit, au niveau de l'anneau du troisième adducteur, une tumeur du volume d'une noisette perdue dans le tissu cellulaire sous-cutanée, mais présentant des battements isochrones à ceux du pouls. Trois jours plus tard, cette tumeur avait déjà doublé de volume, les douleurs ne faisaient qu'augmenter, se compliquant de fièvre, d'inappétence, et surtout d'une grande inquiétude.

Appelé en consultation, je confirmai le diagnostic d'un anévrysme, dont tous les signes se trouvaient réunis. Je reconnus en même temps le gonflement inflammatoire du genou, l'œdème de la jambe, et les signes d'une arthrite de la jointure métatarso-phalangienne du gros orteil.

L'état général était mauvais, la face était pâle, les joues couperosées, la peau chaude, l'appétit nul, comme s'il s'agissait d'une maladie grave. Nous prescrivîmes un purgatif, de larges ouctions sur le

pied, la jambe et le genou, avec l'onguent napolitain belladoné, l'application continuelle de catasplasmes, l'élévation du membre, des boissons alcalines et de quelques doses faibles de sulfate de quinine. Nous convînmes également qu'aussitôt les phénomènes inflammatoires disparus, on commencerait la cure de l'anévrysme. Cette cure présentait d'assez grandes difficultés; le malade, peu fortuné, avait horreur de l'hôpital, et ne pouvait cependant se procurer des appareils dispendieux, ni indemniser les aides nombreux nécessaires pour la compression digitale.

Espérant vaincre ses répugnances, nous prescrivîmes un traitement sur lequel nous ne comptions pas beaucoup, et qui consistait dans la compression intermittente faite au pli de l'aine à l'aide d'un sac de peau rempli de plomb de chasse. Dès les premiers essais, la compression fut mal supportée; elle était douloureuse et augmentait l'œdème du membre.

Le 25 novembre, un nouveau symptôme survint : il se déclara une épistaxis, qui dura de trois heures à dix heures du matin, et ne fut arrêtée que par des injections dans les fosses nasales de perchlorure de fer étendu et l'administration intérieure du seigle ergoté.

Les jours suivants, l'hémorrhagie reparut, mais en petite quantité, et cessa spontanément. Plus alarmé que jamais, M... se décida à entrer à l'hôpital. Voici quel était son état le 2 décembre :

L'arthrite métatarso-phalangienne et l'hydarthrose du genou ont diminué, ainsi que l'œdème et les douleurs; en revanche, la tumeur anévrysmale a considérablement augmenté. Elle occupe la face interne de la cuisse, et s'étend sur les faces antérieure et postérieure. En bas, elle s'arrête à quatre travers de doigt de l'interligne articulaire; en haut, elle envahit presque tout le tiers moyen de la cuisse. La mensuration des deux membres au niveau de l'anneau du troisième adducteur donne 38 centimètres du côté sain et 47 centimètres du côté malade.

L'anévrysme est assez ferme, peu douloureux à la pression; l'expansion est visible dans une grande étendue; les battements sont énergiques, la main appliquée à plat perçoit un frémissement vibratoire; l'oreille constate un bruit de souffle simple, rude, ayant son maximum au point d'apparition première de la tumeur.

La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine suspend les battements et diminue considérablement le volume du sac, qui devient mou et dépressible. La peau sus-jacente est rouge, distendue, finement vascularisée.

Nous portons le diagnostic suivant : altération circonscrite de l'ar-

tère fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et consécutive au coup de pied de mulet. Développement en ce point d'un anévrysme dit spontané, qni serait resté longtemps inaperçu et d'un petit volume ; rupture du sac dans les premiers jours de novembre, par conséquent métamorphose en un anévrysme diffus s'accroissant sans cesse depuis cette époque, menace d'inflammation du foyer, le tout chez un homme de constitution usée et chez lequel l'état dyspeptique, l'extrême pâleur et les épistaxis faisaient craindre une altération ancienne du foie, comme en présentent souvent les sujets entachés d'alcoolisme. Je ne rappelle que pour mémoire la syphilis, la goutte et l'altération athéromatheuse du système artériel.

Ne pouvant, dans ces conditions déplorables, tenter d'emblée une opération radicale, je voulus d'abord arrêter les épistaxis et restaurer autant que possible la constitution délabrée. Je prescrivis donc le seigle ergoté, associé à la digitale; le sirop de morphine pour triompher d'une insomnie rebelle, les préparations toniques et un régime réparateur.

Je fis reprendre la compression dans l'espoir de modérer au moins les progrès de l'infiltration sanguine : elle fut faite à l'aide du sac de plomb, appliqué et maintenu par les mains exercées des élèves du service, et qui parvenait ainsi sans difficulté à arrêter les battements.

Cette compression, reprise deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, fut faite en moyenne une heure et demie par jour, du 4 au 14 décembre. Dans les premiers temps, elle sembla donner quelques résultats, les battements diminuèrent ainsi que l'expansion, et le souffle s'entendit dans une région plus limitée ; mais elle devint bientôt douloureuse, et le malade, bien que terrifiée à la seule idée d'une opération, me demanda lui-même un moyen plus efficace.

Il n'y avait pas seulement intolérance et impuissance de la compression ; la tumeur anévrysmale grossissait toujours ; elle en vint à occuper plus des deux tiers de la circonférence de la cuisse, au niveau de la partie moyenne du membre ; en bas, elle atteignait le condyle interne ; en haut, elle laissait à peine 6 centimètres entre ses limites supérieures et l'arcade crurale. La circonférence du membre dépassait 52 centimètres, 14 de plus que celle du côté sain ; la peau, luisante et amincie, commençait presque à devenir adhérente; la poche à son sommet, offrait une fluctuation des plus manifestes, la main constatait une augmentation très-notable de la température. L'inflammation du sac et, par conséquent, sa rupture étaient imminentes.

Néanmoins, à un autre point de vue, le retard apporté à l'emploi

des moyens énergiques n'avait pas été inutile, car si les lésions locales s'étaient aggravées, l'état général, en revanche, s'était sensiblement amélioré; sans cesser complétement, les épistaxis étaient peu abondantes, plus distantes, et s'arrêtaient d'elles-mêmes au bout de quelques minutes. Les douleurs articulaires, l'hydarthrose, l'œdème, avaient diminué ; le sommeil durait quelques heures chaque nuit, l'appétit était faible, mais il n'y avait ni diarrhée, ni constipation. La fièvre était légère; on comptait toujours près de 100 pulsations, mais la température oscillait le soir autour de 38 degrés, et le matin ne dépassait guère 37 degrés.

Enfin le moral était plus ferme et mieux préparé à snbir une grande opération.

C'est dans ces conditions que la ligature fut pratiquée le 17 décembre au matin. J'avais beaucoup réfléchi sur le point où je l'appliquerais. J'ai dit que l'infiltration s'étendait en haut, jusqu'à 6 centimètres de l'arcade crurale. Il était donc impossible de prendre le vaisseau au sommet du triangle de Scarpa ; j'aurai risqué de tomber dans le foyer hémorrhagique, de le mettre en contact avec l'extérieur et d'y déterminer ainsi une suppuration qui, envahissant toute la cuisse, eût été nécessairement fatale. Pour éviter cet écueil et ne pas me rapprocher trop de la naissance de la fémorale profonde, je me résignai à lier la fémorale immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, à 1 centimètre environ de l'origine présumée de l'épigastre et de la circonflexe iliaque.

En conséquence, je fis une incision de 7 centimètres, dont deux ou moins portant sur la paroi abdominale; je trouvai, vers la partie inférieure de la plaie, la saptène interne notablement dilatée, et que je fis écarter en dedans. En incisant plus profondément, j'ouvris une autre veinc qui, tout aussitôt, versa dans la plaie un flot de sang veineux. Je m'empressai de lier les deux bouts de ce vaisseau, qui était aussi fort dilaté; après quoi, la plaie étant bien abstergée, j'ouvris sur la sonde cannelée la gaîne artérielle, et en quelques instants je découvris, isolai et liai l'artère sans rencontrer la moindre difficulté. Je pus m'assurer que la veine satellite était fort petite et presque vide. Ce détail, ainsi que la grande dilatation de la saphène et des veinules sous-cutanées du pli de l'aine, confirmait l'idée déjà entrevue de l'obstruction de la veine fémorale à sa partie inférieure, probablement au niveau de la tumeur anévrysmale. Les fils furent placés et assujettis dans l'angle inférieur de la plaie, que je me gardai bien de réunir. Un petit morceau d'amadou fut placé sur les veines liées pour arrêter un léger suintement sanguin qui se fai-

sait en ce point. Le reste de la plaie fut recouvert d'une petite pièce de mousseline fine et rempli de charpie imbibée d'un mélange d'eau, d'alcool et d'eau phéniquée, le tout recouvert d'une pièce de ouate et de taffetas gommé dont l'ablation facile permettait de faire toutes les deux heures sur la plaie elle-même et à travers la mousseline restée seule en place une pulvérisation avec le liquide désinfectant.

L'opération avait duré à peine un quart d'heure, avec une perte de sang tout à fait insignifiante.

La ligature eut pour effet immédiat la suspension des battements et une diminution notable de la tumeur; de son côté, la peau rouge et distendue redevint pâle et dépressible. Le membre, entouré de ouate, légèrement fléchi au pli de l'aine et au genou, fut replacé sur une longue gouttière bien garnie. On prescrivit, dans la journée, la digitale, le seigle ergoté, puis enfin le chloral à la dose de 2 grammes.

La journée a été très-bonne; les douleurs ont tout à fait cessé dans toute la jambe; la plaie elle-même était tout à fait indolente au bout de deux heures. L'opéré prend du bouillon et un potage. Le soir, la température ne monte qu'à 38°5. Dans la nuit, quelques heures de bon sommeil.

L'amélioration est encore plus grande le lendemain matin. M... est complétement rassuré et exprime toute sa joie. Température, 37°4; pouls, 98; le soir, un peu de fièvre, sans malaise. Température, 39°2; pouls, 116. Pour renforcer le tégument aminci et prévenir son inflammatin, je prescris sur toute la tumeur un badigeonnage à la teinture d'iode, qui sera renouvelé tous les deux jours. Au reste, cette tumeur est indolente, même au toucher; elle ne s'est pas gonflée de nouveau, et l'examen le plus attentif ne constate ni battements, ni expansion, ni souffle. Les traces de l'inflammation du sac, si évidentes avant l'opération, ont disparu comme par enchantement.

Le 19, la fièvre tombe.

Le 20, léger malaise, fourmillements dans le pied et douleurs dans la jambe. Un peu de sensibilité à la pression dans le sac, appétit faible. Le malade n'ayant pas encore été à la selle, un purgatif salin est administré; il dissipe tous ces symptômes.

A partir de ce jour, la fièvre disparut et la guérison fit des progrès lents, mais continus. Les douleurs ne se montrèrent plus qu'à de rares intervalles et sans violence; les épistaxis cessèrent complétement à partir de l'opération; le 9 janvier seulement, quelques gouttes de sang se montrèrent. L'anémie et la langueur des fonctions digestives persistèrent.

La ligature de la fémorale tomba le douzième jour. Les fils placés sur les veines ne se détachèrent qu'au vingt-deuxième jour.

La plaie inguinale se cicatrisa avec une grande lenteur; elle ne fut le siége d'aucun accident, mais les bourgeons pâles et un peu œdématiés durent être excités à diverses reprises. L'occlusion définitive ne se fit que vers le milieu de février.

La tumeur anévrysmale, comme je l'ai déjà dit, fut subitement modifiée par la ligature. Elle devint indolente et diminua de volume; jamais les battements ni le souffle ne revinrent, mais la résorption s'effectua très-lentement.

Après l'opération, le membre, au niveau de la tumeur, avait 51 centimètres; au bout de dix jours, il n'en mesurait plus que 46 de circonférence; mais le 15 janvier, cette dimension restait la même. Le gonflement toutefois était limité au tiers moyen de la cuisse; l'infiltration avait diminué en haut et en bas, de sorte que la tumeur semblait plus apparente et mieux circonscrite que jamais. Elle était ferme et résistante à sa circonférence, molle et nettement fluctuante au centre. Bien que le malade n'ait pas quitté le lit, l'œdème de la jambe et du pied persistait encore. L'hydarthrose du genou avait disparu. Je fis appliquer, depuis les orteils jusqu'au pli de l'aine, un bandage très-méthodiquement roulé qui dissipa l'œdème et diminua le volume de la tumeur. Il fut renouvelé tous les deux jours; nous constatâmes alors l'existence de nombreuses veines sous-cutanées devenues variqueuses, ce qui confirma de plus en plus l'existence d'une oblitération de la veine fémorale.

M... demande à rentrer chez lui, le 31 janvier, pour terminer sa convalescence. Dès ce moment, l'état général s'améliore rapidement. La plaie inguinale se ferme, laissant seulement une bride cicatricielle saillante, tendue verticalement entre l'abdomen et la cuisse, mais qui ne gêne pas les mouvements. Le bandage roulé est continué. La circonférence de la cuisse, au niveau de l'anévrysme, est réduite à 42 centimètres, quatre de plus seulement que du côté opposé. Je permets la marche dans la chambre.

Le 12 mars, l'opéré revient se montrer à l'hôpital. La santé est plus florissante qu'avant la maladie. Le visage a repris des couleurs et les forces sont entièrement récupérées; on constate même un notable embonpoint. Les mouvements de la jambe, du pied et de la cuisse ont repris presque toute leur liberté. Le membre est un peu plus volumineux que l'autre. L'anévrysme n'est plus représenté que par une saillie faible, discoïde, aplatie, de 7 à 8 centimètres de diamètre, et encore un peu molle à son centre.

Je conseille encore beaucoup de précautions, un exercice modéré et l'usage d'un caleçon en tissu élastique, allant des orteils au pli de l'aine et remplaçant le bandage roulé.

Cet appareil rend les plus grands services ; il donne au membre beaucoup de solidité et s'oppose au développement des varices.

J'ai revu M... à la fin de mai. Il est complétement guéri ; il faut chercher avec quelque attention pour retrouver dans le tissu cellulaire sous-cutané abondammeut fourni de graisse une induration limitée, dernier vestige de la tumeur anévrysmale.

Je me propose de commenter quelques points de cette observation, savoir : l'origine de l'anévrysme, sa rupture, sa marche rapide, et enfin le succès inespéré de la ligature.

La contusion artérielle a été certainement la cause de l'affection, car c'est précisément au lieu frappé qu'apparut, au bout de neuf mois, la tumeur anévrysmale. L'influence des violences extérieures sur la production des anévrysmes externes n'est plus à démontrer. mais il n'est pas inutile d'en multiplier les exemples, ne serait-ce que pour savoir à quelle époque on peut être rassuré sur les suites de la contusion d'une grosse artère. Par malheur, le cas actuel n'ayant point été examiné en temps opportun, nous ignorons ce qui s'est passé entre l'accident du mois de janvier et l'apparition soudaine de l'anévrysme au mois d'octobre. Il est vraisemblable que le choc a rompu d'emblée les tuniques internes, et que l'anévrysme s'est formé de bonne heure, mais que renfermé et maintenu dans la forte gaîne du troisième adducteur, il n'a pris d'abord qu'un faible développement. Toujours est-il que, tout d'un coup, il a changé d'allure et s'est accru presque subitement dans des proportions peu communes. Evidemment alors le sac s'est rompu, et de circonscrite la tumeur est devenue diffuse, formant ce que, dans le langage classique, on appelle un *anévrysme faux consécutif*. Mais pourquoi cette rupture précoce et cet accroissement incoercible? C'est ce que je vais chercher à découvrir.

La rupture du sac est en quelque sorte normale et fait partie de l'évolution naturelle des anévrysmes ; c'est d'ordinaire une affaire de temps ; mais elle est généralement tardive, et à moins qu'une violence n'intervienne, elle ne survient qu'à l'époque où la paroi amincie et dilatée outre mesure ne peut plus résister à l'effort excentrique du sang. Dans les membres où les gaînes vasculaires sont solides, où le tissu conjonctif condensé fournit au sac des enveloppes complémentaires résistantes, cette terminaison se fait attendre. En

tout cas la rupture des *petits* anévrysmes est tout à fait exceptionnelle.

Pour expliquer comment les choses se sont ici passés différemment, il faut interroger avec soin les circonstances qui ont précédé ou accompagné l'incident.

Or, tout à coup et sans cause appréciable, surgissent les symptômes suivants : douleurs violentes dans le membre, à la cuisse, au genou, au gros orteil; œdème considérable de la jambe et du pied, hydarthrose du genou avec fièvre, malaise général, altération des traits, dépression des forces, etc. Le malade croit tout d'abord à un accès de goutte semblable à ceux dont il a déjà souffert; mais sans contester que l'arthrite métatarso-phalangienne ait présenté les caractères déjà observés par le patient, il est clair que l'attaque podagrique ne peut rendre compte de la totalité des symptômes et en particulier de l'hydarthrose très-considérable et de l'œdème de toute la jambe.

Tout ce cortége, au contraire, s'explique à merveille par une oblitération soudaine de la veine fémorale, oblitération dont l'existence a d'ailleurs été démontrée plns tard par la vacuité du vaisseau au moment de la ligature, par le développement des varices à la jambe et l'apparition à la cuisse d'un réseau sous-cutané, indice du rétablissement de la circulation collatérale, etc.

Une telle lésion, du reste, n'a rien d'insolite. Tout le monde sait que les tumeurs anévrysmales refoulent et compriment les tissus qui les environnent et, en particulier, les veines satellites,—que celles-ci sont souvent oblitérées par phlébite ou par simple accolement des parois; mais, à l'exception de l'œdème et de la phlébectasie signalés au-dessous de la tumeur, je ne sache pas qu'on ait jamais recherché l'influence qu'à son tour peut exercer sur le sac anévrysmal l'arrêt iucomplet ou complet, lent ou rapide, de la circulation en retour.

Il y a là, ce me semble, une lacune à combler et une réciprocité à mettre en lumière.

Théoriquement, voici comment on comprend l'influence susdite. L'exploration des anévrysmes apprend que la compression pratiquée *au-dessous* de la tumeur y augmente les battements et l'expansion, et cela par un mécanisme trop simple pour être discuté. Si l'obstacle siégeait dans le réseau capillaire, l'effet serait plus tardif, moins marqué, mais évidemment le même; s'il réside plus loin encore, c'est-à-dire dans les voies de retour, il doit engendrer naturellement les mêmes conséquences, car dans un système de canaux communiquants où circule un liquide dans un sens donné, tout barrage, si

éloigné qu'il soit de la source, amène l'accumulation du fluide en amont et l'augmentation de pression sur les parois des canaux susdits.

A la vérité, l'appareil vasculaire échappe d'ordinaire à la disteusion forcée par la facilité et la rapidité avec lesquelles se créent ou s'agrandissent les voies collatérales, surtout sur le trajet de la circulation veineuse. Un anévrysme de l'humérale peut comprimer les veines satellites sans qu'il en résulte le moindre arrêt, sans que l'avant-bras présente ni œdème ni phlébectasie; le sang s'engage dans les veines superficielles, et tout est dit. Dans le membre inférieur où la plus grande partie du sang revient par la veinc principale, fémorale ou poplitée, la gêne circulatoire est déjà plus commune; cependant si l'occlusion de la grande voie s'effectue peu à peu et progressivement, les canaux de dérivation se dilatent à leur tour et assureut bientôt l'écoulement centripète du fluide momentanément retenu.

Dans de telles conditions, qui sont, je crois, les plus communes, le sac anévrysmal n'a guère à souffrir de l'oblitération veineuse.

Mais si l'arrêt se produit par compression subite, et mieux encore par thrombose plus ou moins étendue de la veine principale, il doit en être tout autrement.

Il est à peine nécessaire de rappeler que la ligature des gros troncs veineux amène immédiatement dans les veines secondaires et le réseau capillaire une stagnation et une augmentation de pression qni se propage jusque dans la partie artérielle du système. Si les vaisseaux sont sains et intacts, ils résistent, et tout se borne à l'apparition d'un œdème plus ou moins persistant, et d'une phlébectasie supplémentaire plus ou moins étendue. Mais, si quelque point du circuit est antérieurement affaibli, il cède à l'effort, de là des suffusions sanguines dans les capillaires, de là, en cas de blessures, des hémorrhagies secondaires sur lesquelles Stromeyer et moi-même avons appelé l'attention (1).

Ces remarques me sembleut s'appliquer rigoureusemeut aux anévrysmes. On sait comment s'effectue la circulation dans le sac : il est d'abord dilaté par la systole ventriculaire, mais aussitôt il réagit et, par son élasticité, tend à reporter dans l'artère l'excès du liquide qui le distend. La colonue ainsi réintégrée, trouvant la moindre résistance dans le bout périphérique, s'y engage, passe dans les capillaires et ainsi retourne au cœur sans difficulté, quoique avec un léger re-

(1) Voir *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1870, p. 439.

tard. Mais si ce bout périphérique, le réseau capillaire et les veines suivantes sont encombrés et déjà gonflés, tout l'effort de la systole ventriculaire porte sur les parois de la poche anévrysmale et la violente énormément. Alors pourront survenir ou l'augmentation continue, ou la rupture, et après celle-ci l'infiltration du sang dans les espaces conjonctifs.

Je pense que ces données jetteront quelque lumière sur les causes encore mal connues de la rupture et de la diffusion des anévrysmes en général ; en tout cas, elles expliquent d'une manière satisfaisante le développement fatalement progressif observé dans les deux cas précédents.

Chez M... la phlébite ouvre la marche, le sac se rompt, et le sang infiltre la presque totalité de la cuisse.

Chez X... la tumeur est d'abord bien circonscrite et diminue même sous l'influence des premières heures de compression ; mais bientôt elle augmente à nouveau. Un jour nous constatons à la fois l'hydarthrose et l'œdème, et, à partir de ce moment, le sac se distend de plus en plus jusqu'à sa rupture, suivie d'une infiltration dans le tissu conjonctif circonvoisin. Il n'y a pas eu phlébite, mais oblitération complète par coudure à angle droit de la veine sur le sommet du sac.

Je ne veux pas insister davantage, n'ayant que deux faits à ma disposition ; mais, en attendant que d'autres recherches viennent modifier, confirmer ou infirmer mes vues, je persiste à croire que l'occlusion ou l'oblitération veineuse, quand elle se produit rapidement dans la veine principale d'un membre, exerce sur le sac anévrysmal une influence des plus fâcheuses.

On admettra avec moi, je pense, qu'il ne s'agit pas seulement ici d'un détail plus ou moins curieux d'anatomie pathologique, et que la pratique, au contraire, peut tirer grand profit de ces remarques. En effet, la seule manière de soustraire le sac à une pression aussi exagérée est évidemment d'y suspendre d'un seul coup et sans désemparer le cours du sang, soit par la compression continue, totale, prolongée, soit mieux encore par la ligature. L'issue si différente des deux cas précédents confirme le précepte. Dans le premier, on poursuit la compression intermittente, le mal s'accroît sans cesse ; dans le second la ligature arrête nettement tous les accidents et amène la guérison.

Je ne puis m'empêcher, à ce propos, d'examiner certains reproches faits à la ligature, reproches qui sont sans doute mérités jusqu'à un certain point, mais peut-être aussi un peu exagérés.

On répète volontiers que cette opération expose à l'inflammation du sac, et cela par la raison suivante : en interrompant brusquement l'abord du sang dans le sac, elle provoquerait la formation immédiate de caillots cruoriques, lesquels joueraient le rôle de corps étrangers, irriteraient la paroi et en amèneraient l'inflammation, le ramolissement et la rupture.

Or, sans contester la succession assez fréquente des phénomènes susdits, il est permis de mettre en doute l'explication qu'on en donne. D'abord on ne voit pas clairement pourquoi les caillots cruoriques seraient plus irritants pour le sac que les concrétions fibrineuses; — pourquoi ils se comporteraient dans une poche anévrysmale autrement que dans le tissu cellulaire, où il se ramollissent, se désagrégent, et se résorbent bien souvent sans amener la moindre réaction inflammatoire; — pourquoi, en cas de non-résorption ou de résorption lente, ils ne seraient pas tolérés aussi longtemps que dans les bourses séreuses ou les synoviales; — pourquoi, quand ils se forment après quelques heures de compression comme on en a de nombreux exemples, ils donnent bien rarement lieu à la susdite inflammation du sac; — pourquoi enfin la ligature a donné de si nombreuses guérisons dans lesquelles on n'a rien observé qui justifiât ce rôle funeste attribué aux caillots dit passifs. Jusqu'à ce qu'on ait répondu à toutes ces questions, je me permettrai de dire qu'il règne sur ce point une véritable obscurité.

Toujours est-il que, dens le cas actuel, la ligature, loin d'entraîner toutes les conséquences funestes que je redoutais d'après la théorie, a, tout au contraire, eu pour effets immédiats de calmer les douleurs locales, de diminuer la température du membre, de faire disparaître enfin un travail subinflammatoire fort menaçant, et qui aurait inévitablemeut abouti à la suppuration et à l'ouverture du foyer anévrysmal. Aussi je regrette de ne l'avoir point pratiquée beaucoup plus tôt, ce qui aurait épargné au patient la lourde et longue tâche de résorber au moins un litre de sang infiltré dans les interstices conjonctifs ou réuni en foyer volumineux.

Résumé. — Tels sont les faits que j'ai observés; trop disparates pour conduire à des propositions générales, ils se prêtent toutefois à certains rapprochements instructifs.

Les sept cas se répartissent ainsi quant au siége et à l'origine :

Quatre anévrysmes poplités, spontanés;

Un auévrysme fémoral — après une contusion;

Un anévrysme radial — suite de blessure;

Un anévrysme palmaire, — né dans un foyer purulent.

Cinq de ces tumeurs étaient circonscrites; deux sont devenues diffuses.

Les sujets étaient de sexe masculin, d'âge adulte ou viril, sauf un qui atteignaît la vieillesse; tous robustes et bien portants, sauf un encore à constitution débilitée. Pour la plupart, au début, le pronostic semblait favorable, mauvais pour un seulement, qui cependant a guéri.

La terminaison a été cinq fois heureuse, deux fois mortelle. Ont guéri : deux anévrysmes poplités, l'anévrysme fémoral, l'anévrysme palmaire, et l'anévrysme radial.

La cure, sauf pour ce dernier, a toujours été longue, ayant exigé deux mois en moyenne; il n'est pas sans intérêt de noter que trois guérisons ont été obtenues par les patients eux-mêmes, presque sans le concours direct du chirurgien et simplement avec ses instructions et sa surveillance. On sait depuis longtemps quel rôle jouent dans la cure de l'affection susdite la patience, l'adresse et l'intelligence des malades. Il y a là des ressources qu'il ne faut point dédaigner.

Deux anévrysmes poplités ont succombé, l'un à une gangrène de la jambe causée par une embolie et suivie d'Infection purulente; l'autre à une inflammation du sac avec arthrite du genou et phlegmon de la cuisse. Je reconnais sincèrement que ces revers sont surtout imputables au traitement mis en usage et qu'ils auraient pu sans doute être évités.

Je vais récapituler brièvement les méthodes et procédés mis en usage.

Compression. — Jugée inapplicable dans un cas, elle a été pratiquée six fois d'emblée. Deux fois elle a réussi, quatre fois il a fallu l'abandonner; elle a guéri, à elle seule, l'anévrysme radial et l'un des anévrysmes poplités avec le concours de la flexion et de l'extension de la jambe. On en a cessé l'emploi : deux fois à cause des douleurs qu'elle provoquait rapidement et de son impuissance avérée à arrêter et même à modérer les progrès du mal. Une fois parce qu'elle ne put jamais parvenir à effacer le calibre de l'artère; une fois enfin parce qu'après des essais persévérants et du reste innocents, elle n'avait en rien modifié l'affection.

La compression indirecte simple a été trois fois pratiquée, la compression alternante étant impossible; cette dernière, essayée une seule fois, n'a pas réussi (anévrysme palmaire); la compression directe tentée, dans ce même cas, a paru plutôt nuisible, car elle a aminci, enflammé le tégument et amené la dénudation de l'anévrysme.

Les agents compressifs ont beaucoup varié; j'ai utilisé les doigts des aides, les appareils mécaniques, le garrot et le sac de plomb. Ce dernier moyen, manié par des aides intelligents, est à la fois l'un des plus simples, des mieux tolérés et des plus propres à produire l'interruption intermittente du cours du sang. On voit que, dans la présente série, le passif de la compression l'emporte sur son actif, puisque sur sept cas, elle s'est montrée deux fois efficace, deux fois inapplicable, une fois impuissante et deux fois nuisible. Je n'en veux pas conclure à l'abandon d'une méthode excellente, qui m'a donné précédemment de brillants succès, mais seulement signaler ses imperfections et modérer l'enthousiasme qui l'a fait considérer comme une panacée.

Attitudes de la jambe dans les anévrysmes poplités. — J'en ai fait l'objet d'essais nombreux. La flexion a été abandonnée deux fois d'emblée, parce qu'elle n'arrêtait qu'à grand'peine et encore incomplétement les battements dans l'anévrysme. Dans un cas, le sac était trop peu volumineux, et dans l'autre trop réductible, c'est-à-dire trop dépourvu de caillots fibrineux. Dans les deux autres faits, au contraire, elle a donné d'excellents résultats. A elle seule, elle a guéri un malade chez lequel il eût fallu certainement pratiquer la ligature. Puis elle a puissamment aidé la compression inguinale chez le douanier. Dans ces deux cas, à la fin du traitement, et quand le sac était déjà presque rempli de caillots résistants, l'extension forcée de la jambe rendait aussi le sac silencieux. C'est là un petit moyen adjuvant dont on pourra tirer quelque profit.

La flexion a cet avantage qu'elle permet au malade de quitter son lit et de marcher avec des béquilles sans compromettre la réussite. Une fois j'ai voulu compléter la cure par l'extension et l'application d'un appareil dextriné; mais le résultat a été nul. On aurait donc tort de compter sur l'immobilisation comme méthode thérapeutique.

Injections coagulantes. — Je leur dois un succès complet et rapide dans l'anévrysme palmaire, petit et facilement accessible; mais aussi un revers dans l'anévrysme poplité, qui cependant semblait très-favorablement disposé à la réussite. On remarquera que la méthode est d'une application difficile dans les anévrysmes un peu volumineux. Si l'on injecte le fluide coagulant ou trop faible ou en trop petite quantité, on échoue, ce qui m'est arrivé deux fois de suite. Si l'on augmente ou les doses ou le pouvoir chimique, on peut enflammer le sac ou produire des caillots trop étendus ou peu cohérents qui se détachent et forment embolie. J'appuie donc l'opinion déjà formulée et qui limite la méthode aux petits sacs situés dans

des régions où le détachement d'un caillot n'aurait pas beaucoup d'inconvénients, les voies collatérales étant abondantes. L'injection coagulante serait particulièrement contre-indiquée chez les vieillards et lorsque l'impulsion cardiaque est vigoureuse.

Le perchlorure de fer reste, je crois, l'agent préférable à cause de sa rapidité d'action et de la solidité du caillot qu'il forme avec le sang.

Ligature. — Comme la plupart des chirurgiens français contemporains, je n'ai qu'une expérience fort restreinte de cette méthode, n'ayant lié jusqu'ici que deux fois la fémorale pour des anévrysmes poplités. Dans le cas présent, le succès a été aussi remarquable par l'arrêt subit des symptômes alarmants que par l'extrême bénignité des suites immédiates. C'est à peine si l'opération a provoqué une fièvre traumatique de vingt-quatre heures chez un sujet singulièrement prédisposé pourtant à toutes les complications possibles. La plaie de la ligature a marché avec autant de simplicité que la plus vulgaire incision. A la vérité, la découverte, la dénudation, l'isolement et la constriction du vaisseau se sont effectués comme sur le cadavre. Je me suis bien gardé surtout de faire la réunion immédiate de la plaie, cette pratique augmentant, beaucoup suivant moi, la gravité de l'opération.

Amputation. — Mesure extrême, n'attestant que trop la puissance limitée de la thérapeutique conservatrice, l'amputation doit à peine être comptée de nos jours parmi les méthodes applicables à la cure des anévrysmes. Cependant, quand éclatent des complications telles que la gangrène, le phlegmon diffus, les arthrites purulentes, l'ouverture du sac, les hémorrhagies, etc., elle reste une dernière ressource, bien précaire malheureusement, mais surtout telle parce qu'on l'emploie trop tard en général et lorsque l'état du sujet est désespéré.

Deux fois, dans ma série, elle a été nettement indiquée ; deux fois, par un scrupule exagéré, j'ai laissé passer l'heure opportune. Tout ce que je puis ajouter à cet aveu, c'est qu'à l'avenir je suis résolu à me montrer moins timoré et plus hardi.

PRÉSENTATION

Présentation d'un fœtus anencéphale né à terme dans le service d'accouchements de la maternité de Cochin. — M. POLAILLON. Ce fœtus présente tous les caractères des anencéphales. Les os de la cavité du crâne manquent complétement. A la place de la saillie du crâne, on trouve deux tumeurs hémisphériques,

grosses comme de petites pommes, situées de chaque côté de la ligne médiane et séparées par une fente profonde, dans laquelle le doigt pouvait s'introduire comme dans une sorte d'orifice. Ces tumeurs sont d'une couleur violacée et d'une consistance molle. Elles ne présentent pas de battements. Une membrane mince, qui paraît être une expansion des méninges, les recouvre et se continue avec les téguments de la face, de la nuque et du cou.

Ce fœtus a vécu vingt-quatre heures. Pendant sa vie, il a exécuté des mouvements spontanés. Il réagissait sous l'influence des impressions extérieures, poussait des cris et exécutait des mouvements de succion. La mort est arrivée sans convulsions, à la suite d'un affaiblissement graduel.

Après avoir ouvert le rachis, j'ai trouvé que la moelle épinière et les racines des nerfs étaient bien conformées, que la moelle était surmontée d'un léger renflement, que l'on peut considérer comme la bulbe rachidien. Mais au-dessus du bulbe rachidien, il n'y a ni protubérance annulaire, ni cerveau, ni cervelet. On voit, à la place de ces organes, une sorte de tissu spongieux, dont les vacuoles contiennent du sang. Les deux tumeurs qui surmontent la tête, et que l'on pouvait considérer pendant la vie comme un encéphale rudimentaire, sont formées par ce tissu. Le bulbe se termine, à sa partie supérieure, dans cette masse spongio-vasculaire.

Les nerfs des membres et du tronc sont bien développés et viennent se rendre à la moelle. Les nerfs crâniens qui naissent du bulbe sont aussi intacts. Les nerfs optiques paraissent aboutir au tissu anormal qui est situé au-dessus du bulbe, mais une dissection plus attentive devra nous éclairer ultérieurement sur ce fait. Les nerfs et les ganglions du grand sympathique ne sont pas plus volumineux que chez un fœtus bien conformé et à terme.

Les viscères ne présentent rien d'anormal. Les testicules sont contenus dans l'abdomen et sont à un état de développement peu avancé. Il existe un colobama de l'iris droit.

En résumé, on a affaire à un fœtus *pseudencéphale,* dont la masse encéphalique est remplacée par un tissu aréolaire de la nature du tissu des tumeurs érectiles veineuses. Aucun fait de cette nature ne me paraît avoir été signalé.

COMMUNICATION

M. LETENNEUR fait la communication suivante :

Ostéome de la mâchoire inférieure. — Marie R..., âgée de vingt et un ans, domestique, née au Clion (Loire-Inférieure), est entrée à l'hôtel-Dieu de Nantes, salle de clinique, le 8 juillet 1873.

Cette jeune fille, qui, d'ailleurs, a toutes les apparences d'une brillante santé, nous présente un gonflement considérable à la région massétérine gauche.

Elle nous raconte qu'au mois de juin de l'année précédente, elle ressentit des douleurs sourdes dans le côté gauche de la mâchoire. Ces douleurs devinrent bientôt plus vives, ressemblaient assez bien à celles que cause une dent malade, et présentèrent un caractère intermittent fort remarquable. Elles duraient en général cinq ou six jours et se calmaient complétement pendant une semaine, pour reparaître ensuite.

Ce n'est qu'au mois de septembre, c'est-à-dire trois mois après l'apparition des premières douleurs, qu'un peu de gonflement se manifesta vers l'angle de la mâchoire. Ce gonflement augmenta peu à peu par sortes de poussées correspondant aux crises de douleur.

Enfin les souffrances devenant assez violentes pour troubler le sommeil, et le visage ayant perdu sa régularité, Marie R... consulta un médecin qui nous l'adressa.

Chose singulière! Cette fille, qui n'a encore que trois dents de sagesse, les deux de la mâchoire supérieure et celle correspondant au côté malade de la mâchoire inférieure, ne s'est point aperçue de l'apparition de ces dents et ne peut nous dire, par conséquent, si la dent de sagesse de la mâchoire inférieure s'est montrée au moment où se manifestèrent les douleurs dont nous avons parlé. Cette coïncidence nous paraît cependant d'autant plus probable que, du côté droit, la dent de sagesse soulève la gencive et paraît sur le point d'achever son évolution.

Au moment où nous examinons la malade pour la première fois, voici ce que nous constatons : la dernière crise de douleurs est passée depuis plusieurs jours.

Il existe à la région massétérine, c'est-à-dire sur la branche du maxillaire, du côté gauche, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Elle est régulièrement arrondie, lisse, d'une dureté osseuse, se confondant, par une large base, avec l'os maxillaire, et recouverte par le masséter qui, soulevé et distendu, se contracte avec difficulté. La peau qui recouvre la tumeur a sa couleur normale et est parfaitement libre de toute adhérence. En pressant la tumeur on ne réveille pas les douleurs. L'articulation temporo-maxillaire est saine.

En faisant ouvrir la bouche, nous remarquons que la dent de sagesse,

très-saine, est placée à la même hauteur que la grosse molaire voisine, mais elle est un peu déjetée en dehors.

A la base de cette dent, l'alvéole paraît avoir en dedans et en dehors un volume un peu exagéré. A sa face interne, le maxillaire au-dessous de la dent, ne présente aucun gonflement; en dehors, au contraire, on sent manifestement que la tumeur vient se terminer par une pente insensible jusqu'à l'alvéole.

Autour des dents voisines, l'os maxillaire est parfaitement normal. Ainsi hyperostose de l'alvéole qui contient la dent de sagesse, et, à partir de ce point, tumeur osseuse qui acquiert tout son développement sous le muscle masséter.

Quelle était la nature réelle et l'origine de cette tumeur? On pouvait songer à un odontome radiculaire; mais alors la tumeur se serait développée moins loin de l'arcade alvéolaire, et l'écartement des deux lames de l'os se serait fait sentir en dedans comme en dehors. Je m'arrêtai en conséquence à la pensée qu'il s'agissait d'un ostéome ayant son siége dans la lame externe du maxillaire et ayant pour cause un trouble de nutrition provoqué par l'évolution de la dent de sagesse.

La dureté éburnée de la tumeur ne permettait pas de compter sur une diminution de volume, même après l'avulsion préalable de la dent. Tous les fondants internes ou externes auraient été employés en pure perte. D'un autre côté, cette tumeur augmentait de volume, et l'on pouvait prévoir qu'un moment arriverait où toute l'épaisseur de l'os pouvait être envahie et où le condyle pouvait être atteint. L'expectation offrait donc des dangers; la malade d'ailleurs désirait l'opération.

Elle fut pratiquée le 15 juin.

Pour éviter la difformité résultant des incisions faites sur le côté de la face, j'incisai la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et je conduisis mon incision depuis le menton jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'angle de la mâchoire en suivant toujours le côté interne du bord de l'os. Le lambeau fut détaché avec le bistouri jusqu'au niveau de la tumeur. Là elle fut circonscrite dans sa partie antéro-inférieure par une incision partant de l'intervalle qui sépare la dent de sagesse de la dent voisine et intéressant le périoste.

A l'aide d'une spatule, je mis la surface osseuse à nu en décollant le périoste et en détruisant les insertions du masséter. Le lambeau fut soulevé avec des crochets mousses.

Je commençai alors par arracher la dent de sagesse, qui avait trois racines. L'une de ces racines fortement implantée dans l'os, se brisa.

Cette dent, comme je l'ai dit plus haut, était parfaitement saine.

Alors commença la partie laborieuse de l'opération. La tumeur mal circonscrite et ressemblant, comme l'a dit O. Weber, à un cal très-solide, fut attaquée d'abord par le perforatif; plusieurs trous furent creusés à petite distance les uns des autres vers la circonférence de la tumeur; puis, avec la gouge et le maillet, je cherchai à réunir ces ouvertures et à faire sauter les parties comprises entre elles. Je ne pus obtenir à la fois que des fragments de 5 à 8 millimètres, tant le tissu osseux était dur. Cette partie de l'opération dura une heure environ. J'obtins, à force de travail, une surface plane très-régulière, formée par la face profonde de la lame interne du maxillaire; le canal dentaire ne fut pas ouvert. Toute la paroi externe de l'alvéole, très-hyperostosée, fut enlevée avec la tumeur.

L'incision des parties molles fut réunie au moyen de quinze épingles fines, entre lesquelles on groupa les fils placés sur les artères.

A la suite de cette opération, la malade se plaignit de vives douleurs à la gorge et de dysphagie; ces phénomènes avaient pour cause l'action du chloroforme sur la muqueuse buccale et pharyngée, car nous avions dû faire respirer une grande quantité de chloroforme pour maintenir une anesthésie suffisante pendant cette longue opération.

Des morceaux de glace et un looch huileux procurèrent du soulagement. Le gonflement du visage fut très-considérable; les épingles furent enlevées après le quatrième jour, et les fils des sutures furent, par précaution, enduits de collodion.

Il s'écoula pendant quelques jours une quantité notable de pus par la bouche et le long des fils à ligatures.

Mais bientôt tout cet appareil inflammatoire se calma, la réunion de la plaie était parfaite, la malade se promenait chaque jour dans le jardin, et, comme une épidémie d'érysipèle se déclara dans la salle, je me hâtai de renvoyer mon opérée dans sa famille.

Au mois d'octobre j'écrivis au médecin habituel de la malade, le docteur Bocandé (de Pornic), pour savoir quel était le résultat définitif de mon opération. Mon honorable confrère me répondit qu'il existait encore un peu d'empâtement dans les parties molles, et que, bien que la guérison parût certaine, il serait peut-être prudent d'attendre encore avant de publier l'observation de ma malade. Le conseil était sage, et j'ai attendu patiemment.

Le 3 mai 1874, dix mois après l'opération, je reçois une lettre du docteur Bocandé, qui, cette fois, affirme une guérison bien complète; il n'existe plus de gonflement des parties molles, la surface du

maxillaire, dans le point occupé naguère par la tumeur est parfaitement plane, il n'y a plus de traces de l'ostéome et, n'était la cicatrice linéaire de la peau, rien ne rappellerait la maladie et l'opération. Cependant je dois noter un incident qui ne manqua pas d'intérêt. Dans le courant de mars et au commencement d'avril, la fille R... avait été prise de douleurs atroces dans la mâchoire avec un gonflement notable de la joue; elle croyait à la nécessité d'une nouvelle opération lorsqu'elle reçut des conseils d'un guérisseur mystérieux. Les douleurs et le gonflement de la joue disparurent peu à peu, à la plus grande gloire du sorcier.

Que s'était-il passé ? Nous ne devons pas oublier que, pendant le développement de l'exostose que j'ai enlevée, ma malade avait eu des accès intermittents de douleurs dans la mâchoire avec gonflement des parties molles recouvrant la tumeur osseuse. Ces douleurs et ce gonflement, qui n'ont pas été sans doute étrangers à l'accroissement de la production morbide, avaient bien le caractère d'une névralgie. Il me paraît donc plus que probable que les accidents éprouvés en mars et avril par la fille R... n'étaient pas autre chose qu'une névralgie; mais la lame osseuse sur laquelle la tumeur s'était formée, ayant été enlevée dans une large étendue, il n'est pas probable que l'ostéome se reproduise, dussent les accès névralgiques revenir encore de temps en temps; les conditions anatomiques ne sont plus les mêmes qu'avant l'opération.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Membres présents, 24; majorité, 14.

Premier tour de scrutin :

M. Terrier obtient.	12 voix.
M. Périer.	9 —
M. Krishaber.	5 —

Deuxième tour :

M. Terrier.	13 voix.
M. Périer.	11 —
M. Krishaber.	2 —

Troisième tour :

M. Terrier obtient.	14 voix.
M. Périer.	12 —

En conséquence, M. Terrier est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures vingt-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

Manuel de prothèse ou mécanique dentaire par Oakley Coles, traduit par le docteur Darin. *Maladies de l'oreille* par Joseph Toynbec', traduit et annoté par le docteur Darin. (M. Darin demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national). *Sur les kystes de la paroi postérieure de la vessie chez les hommes*, par le docteur English.

M. DESPRÈS offre de la part du docteur Poncet, un travail imprimé intitulé : *De l'ictère hématique traumatique.*

M. LE FORT offre, de la part du docteur Paquet, un travail imprimé intitulé : *De la réunion par première intention et du drainage chirurgical à la suite des amputations du sein.*

M. DUBRUEIL offre un travail intitulé : *Leçons sur l'orthopédie.*

M. DUPLAY offre un travail imprimé intitulé : *De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical.*

M. DÉSORMEAUX offre de la part du docteur Julliard de Genève, un travail imprimé : *De l'ignipuncture*, de la part du docteur Couriard, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Saint-Pétersbourg, un travail imprimé : *De l'urétrotomie interne appliquée aux strictures très-étroites.*

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL dépose sur le bureau le deuxième fas-

cicule du tome III de la troisième série des *Bulletins de la Société de chirurgie*.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. SÉE. Depuis la séance d'il y a quinze jours, où il a été question du traitement de l'hydrocèle, j'ai eu occasion de voir dix cas d'hydrocèle congénitale, dont deux doubles, sur des enfants âgés de quelques semaines à sept et huit ans. J'en ai traité neuf par l'injection d'alcool d'après la méthode de notre collègue, M. Monod. Bien que plusieurs aient été opérés depuis une dizaine de jours, je n'ai constaté jusqu'à ce jour aucune diminution dans le volume des collections séreuses.

M. HOUEL. A l'occasion de la présentation, dans la séance précédente, de deux pièces de fractures intra-capsulaires du col du fémur, M. Alph. Guérin ayant émis l'opinion que ces fractures ne se consolidaient point par un cal osseux, j'ai l'honneur de présenter à la société deux pièces du musée Dupuytren, dans lesquelles cette consolidation est évidente.

L'une de ces pièces nº 188, déposée dans le musée par Dupuytren, a été considérée par lui et par Denonvilliers dans son catalogue comme un exemple non douteux. Sur cette pièce, à la périphérie, on peut constater le déploiement, et le cal est parfaitement osseux. Ce cal présente en outre un autre intérêt : c'est que, la fracture étant très-ancienne, le tissu spongieux de la tête et du cal ne font plus qu'un. La cicatrice osseuse intérieure a disparu ; cette disposition est du reste commune à toutes les fractures anciennes siégeant au niveau du tissu spongieux.

Sur la seconde pièce nº 188_a, la fracture est des plus évidentes, le déplacement est le même que sur la pièce précédente, et le cal est osseux, complet, résistant, quoique la solution de continuité siége à l'union de la tête avec le col. M. Houel présente pour terme de comparaison une autre pièce du musée nº 556h qu'il considère comme un exemple d'arthrite sèche, et qui avait été considérée comme un exemple de fracture intra-capsulaire consolidée. Ce qui fait que la consolidation de ces fractures, après avoir été niée, a été exagérée peut-être et confondue avec certaines altérations osseuses de l'arthrite sèche.

COMMUNICATION

M. LEDENTU fait la communication suivante :

Note sur une pièce de fracture intra-capsulaire du col du fémur causée par une chute sur le grand trochanter. — Messieurs, dans la dernière séance M. Guérin vous a montré une fracture intra-capsulaire du col du fémur qui avait été produite par une chute sur le grand trochanter. Je crois qu'il est bon, puisque cette question est à l'ordre du jour, de profiter de toutes les occasions d'élucider certains points encore douteux relatifs au mécanisme.

La pièce que je mets sous vos yeux aujourd'hui représente un type de fracture intra-capsulaire. La solution de continuité est à peu près perpendiculaire à l'axe du col et rase de près la circonférence de la tête fémorale. D'après les renseignements fournis non-seulement par la malade, mais aussi par des témoins oculaires dignes de foi, la fracture a eu lieu, à n'en pas douter, à la suite d'une chute sur le grand trochanter. J'ignore seulement si la violence a porté directement sur le trochanter, ou obliquement, soit en avant soit en arrière.

Je dois signaler en outre, comme symptôme toujours assez intéressant à noter, la rotation du pied en dedans que j'observai chez cette femme pendant les dix premiers jours environ. Cette attitude fut remplacée peu à peu par la rotation en debors.

Les lésions constatées à l'autopsie expliquent mal cette particularité. Le périoste était divisé et détaché entièrement en avant, tandis qu'il était intact en arrière. Probablement il y avait à la partie antérieure du col un engrénement que le contact de la synovie a détruit et que la macération a contribué à faire entièrement disparaître.

Les faits que M. Guérin et moi nous vous avons communiqués prouvent une fois de plus que les fractures intra-capsulaires peuvent résulter d'une chute sur le grand trochanter; mais il reste vrai que dans la très-grande majorité des cas les traumatismes portant sur la hanche donnent lieu à des fractures extra-capsulaires.

DISCUSSION

M. DUPLAY. Une des pièces auxquelles on faisait allusion tout à l'heure a été présentée par moi à la Société anatomique sous la rubrique : arthrite sèche ou fracture intra-capsulaire. Je conserve aujourd'hui encore des doutes sur la nature de l'affection, et je crois qu'il serait peut-être imprudent de trancher la question dans un sens ou dans l'autre.

M. POLAILLON. J'ai présenté dans la dernière séance une pièce

dans laquelle la place de l'encéphale était occupée par une tumeur érectile. Je croyais le fait absolument nouveau. D'après les recherches faites par moi, ce cas a été déjà signalé par les auteurs qui ont même cru à une hypertrophie de la pie-mère remplaçant l'encéphale.

M. GUÉNIOT. L'aspect de la pièce présentée par M. Polaillon rappelle exactement la tuméfaction rouge méningée des anencéphales.

M. TRÉLAT. Je proposais à M. Polaillon une autre dénomination pour la pièce : tumeur semblant érectile et due aux vaisseaux hypertrophiés de la tumeur.

M. POLAILLON. Je ne me suis pas servi du mot tumeur érectile, j'ai dit que cette masse en avait l'apparence.

LECTURES

M. GALEZOWSKI lit une note sur une modification apportée à l'opération de la cataracte.

Commission : MM. Duplay, Giraud, Teulon, Lefort.

M. VERNEUIL donne suite à sa lecture sur le traitement des anévrysmes.

M. DEMARQUAY lit un rapport sur le travail suivant de M. le docteur Launay :

Vice de conformation des mains et des pieds. — Les difformités congénitales des doigts sont nombreuses, et ont été depuis longtemps étudiées sous toutes leurs formes. Cependant, si bien connues qu'elles soient, il n'existe sur elles, à part la thèse d'agrégation de M. Fort (1869) aucun travail complet.

Ces vices de conformation peuvent présenter un certain nombre de variétés bien distinctes. L'anomalie peut porter soit sur le nombre : doigts surnuméraires ou doigts absents ; soit sur la forme : doigts atteints de rétraction congénitale, doigts hypertrophiés, doigts trop courts ou trop longs, suivant que le nombre des phalanges est augmenté ou diminué. Les doigts peuvent être en outre adhérents les uns aux autres, ou être atteints d'une déviation plus ou moins prononcée.

Les observations présentées par M. Launay ont trait à deux de ces vices de conformation, à la polydactylie et à la syndactylie. Ces observations sont au nombre de trois. L'enfant qui fait le sujet de la première a été amené devant la Société de chirurgie, les deux autres

m'ont été remises depuis cette époque par M. Launay. Dans la première il s'agit d'une multiplicité anormale des doigts et des orteils avec adhérences latérales de quatre doigts à chacune des mains et de deux orteils à chaque pied. Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme, la mère de l'enfant qui fait l'objet de l'observation précédente; elle présente à chaque pied sept orteils, dont quatre sont adhérents deux par deux, les mains offrent en outre une conformation entièrement vicieuse, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Cette femme était atteinte de polydactylie, compliquée de syndactylie; elle fut opérée dans son enfance et l'énorme difformité de ses deux mains fut la conséquence de cette opération, qui lui fut plus préjudiciable qu'utile.

Enfin la troisième observation a trait simplement à une augmentation dans le nombre des doigts; il s'agit d'un pouce surnuméraire dont M. Launay a pratiqué l'ablation avec succès.

Les doigts surnuméraires ou polydactylie, sont les plus fréquents de ces vices de conformation. Cette anomalie congénitale était connue dès la plus haute antiquité, puisque les Latins désignaient sous le nom de *sex digiti* les personnes atteintes de ce défaut. Ce nom de *sex digiti* fut transformé depuis par Maupertuis, en celui de sex-digitaires, qui n'a pas prévalu. Samuel Cooper raconte qu'Anne de Bologne, indépendamment du vive de conformation qui lui enleva l'affection de Henri VIII et lui valut la mort, avait de plus six doigts à la main droite. Le plus souvent il y a un ou deux doigts surnuméraires, soit à une main, soit aux deux mains à la fois; mais leur nombre peut être de beaucoup plus considérable. L'exemple le plus curieux sous ce point de vue est celui cité par Voight; le sujet en question avait de chaque côté treize doigts et douze orteils; ce qui portait à cinquante le nombre total : la femme qui fait le sujet de la seconde observation du docteur Launay, avait à sa naissance sept doigts à chaque main et sept orteils à chaque pied.

Les doigts surnuméraires peuvent être divisés en trois sous-variétés, qui se rangent par ordre de fréquence ainsi qu'il suit :

1° Les doigts intercalés dans la série ou qui les prolongent;

2° Les pouces surnuméraires;

3° Les doigts supplémentaires insérés sur le bord cubital de la main.

Dans la première de ses sous-variétés, presque toujours les deux mains et les deux pieds sont symétriques comme dans les deux premières observations ci-jointes, et ont le même nombre de doigts et d'orteils. Les exceptions à cette règle sont rares, cependant une des

plus curieuses est celle citée par Bartholin dans les *Transactions de Copenhague;* c'est la description d'un squelette qui portait à la main droite sept doigts et six à la gauche ; le pied droit avait huit orteils et le gauche neuf, de plus le métatarse droit était formé de six os et le gauche de sept.

Les doigts surnuméraires ont le plus souvent l'aspect de la conformation des doigts normaux. Cependant il arrive quelquefois qu'ils sont atrophiés et que leur squelette est incomplet.

Tantôt, comme dans les deux observations du docteur Launay, chacun des doigts et des orteils supplémentaires s'insère sur un métacarpien ou sur un métatarsien surnuméraire; tantôt le nombre de ces os n'est pas augmenté : alors les deux doigts voisins s'insèrent sur le même os du métacarpe, dont la tête est élargie et formée de deux tubérosités plus ou moins distinctes. Il n'est pas rare non plus de voir les doigts et les orteils surnuméraires être adhérents latéralement les uns aux autres, comme dans les exemples ci-joints.

2° Quand le pouce seul est double, deux cas peuvent se présenter, ou bien il y a deux pouces vrais, tantôt s'insérant sur le même métacarpien comme dans l'observation n° 3, tantôt munis chacun d'un métacarpien spécial, comme dans les observations 1 et 2, ou bien il y a bifidité du pouce dont la phalange unguéale est double. Cette bifidité peut être plus ou moins complète. Enfin, dans d'autres cas plus rares, le pouce surnuméraire n'est adhérent que par du tissu cellulaire à la racine du pouce normal. M. Giraldès a présenté en 1864, à la Société anatomique, un cas de ce genre. Quelquefois même, mais plus rarement encore, comme le fait se rencontre parfois sur le bord cubital de la main, un appendice digitiforme plus ou moins complet, tient par un pédicule à l'éminence Thénar. Dans l'observation n° 3 du docteur Launay, les deux pouces sont insérés sur un même métacarpin de la manière suivante : le pouce le plus externe, par rapport à l'axe de la main, s'articule avec l'extrémité de ce métacarpien, et le plus interne s'insère sur la continuité de cet os, en dedans de l'articulation précédente, de telle sorte que ce dernier paraît être en réalité le pouce supplémentaire. Le plus externe présente en outre cette particularité que ses deux phalanges sont soudées l'une à l'autre et forment entre elles un angle légèrement obtus, dans les deux autres observations, les pouces et les gros orteils surnuméraires ont chacun un métacarpien spécial.

La troisième variété, qui est également la plus rare, et dont l'observation de M. Launay offre un double exemple, consiste en un doigt surnuméraire adhérent au doigt auriculaire ou au bord cubital de la

main. Le plus souvent ce doigt est un appendice avorté comme celui que M. Marjolin a présenté à la Société de chirurgie en 1865, ou comme ceux que, la même année, M. Guyon a opérés et étudiés avec soin ; leur squelette se bornait à des noyaux cartilagineux en voie d'ossification. Dans quelques cas rares le doigt est bien conformé, pourvu de son squelette complet et articulé sur le cinquième métacarpien. Dans l'observation ci-jointe les deux doigts surnuméraires sont pourvus de pédicules presque linéaires, et néanmoins ils paraissent pourvus chacun de deux phalanges osseuses et complétement organisées; ils s'insèrent près de la base du doigt auriculaire.

Il n'est pas rare de voir chez les polydactyles le vice de conformation être, comme dans les observations 1 et 2 de M. Launay, compliqué d'un autre qui est la *syndactylie*. Les adhérences congénitales des doigts peuvent être plus ou moins complètes, et un nombre plus ou moins considérable de doigts peuvent être accolés les uns aux autres. Dans certains cas, il semble qu'il s'agit d'un arrêt de développement, et les doigts sont réunis les uns aux autres à l'aide d'une membrane analogue à celle des palmipèdes, disposition qui s'observe dans la vie fœtale, jusqu'au troisième mois. Cette variété a été observée et décrite longuement par Blandin dans son *Anatomie topographique* : « Les doigts, dit-il, sont quelquefois réunis ensemble chez l'adulte comme chez l'embryon par un prolongement cutané ; ce vice de conformation peut atteindre tous les doigts ou bien affecter seulement quelques-uns d'entre eux. La réunion congénitale des doigts est un simple arrêt de développement ; elle reproduit, en effet, chez l'adulte, la membrane interdigitale de l'embryon. on n'a pas de notions bien précises, ajoute le même auteur, sur l'époque vers laquelle commence à disparaître cette membrane interdigitale. Meckel dit bien qu'elle persiste jusqu'au troisième mois de la vie intra-utérine; mais je ne suis pas de son avis : à cette époque, en effet, elle a complétement disparu. »

Dans d'autres cas, au contraire, comme dans les observations du docteur Launay, la syndactylie est complète, et les doigts sont intimement unis les uns aux autres : une même enveloppe cutanée les recouvre, et un léger sillon est la seule ligne de démarcation qui sépare les doigts les uns des autres. L'union est parfois si intime que deux doigts accolés n'ont qu'un angle commun, plus large que l'angle normale. Bérard a même dit qu'il pouvait y avoir soudure des os. Dans les deux observations ci-jointes la syndactylie existe : *Pour la première :* 1° à chaque main entre le pouce normal et le pouce supplémentaire, et entre le médius et l'annulaire; 2° à chaque

pied entre le troisième et le quatrième orteils. *Pour la seconde :* entre le gros orteil normal et son surnuméraire, et de plus entre le quatrième et le cinquième orteil.

Si, dans la syndactylie, le vice de conformation peut s'expliquer, dans certains cas, par un arrêt de développement, il n'en est plus de même de la polydactylie. Des théories nombreuses ont été émises sur ce sujet : ainsi, pour ce qui regarde le pouce double, on trouve dans le *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, une opinion émise par M. Folty ; d'après lui, le pouce serait originairement formé de deux doigts accolés l'un à l'autre ; de telle sorte que, dans le vice de conformation qui nous occupe, il y aurait développement simultané de deux organes destinés à n'en former qu'un dans l'état normal. Une autre théorie fut soutenue, en 1844, devant la Société anatomique. Son auteur admet que, dans les cas de doigts supplémentaires, les sujets qui en sont atteints ont pour point de départ deux germes qui se sont en quelque sorte confondus.

Enfin un travail présenté en novembre 1873 à l'Académie des sciences contient une explication du mode de formation des doigts surnuméraires. Son auteur, M. Lavocat, après avoir étudié d'une manière très-sérieuse l'observation de pied polydactyle présentée, en 1770, à l'Académie des sciences, par Morand, monstruosité connue depuis sous le nom de pied de Morand, conclut que, dans l'état primordial, il y a trois doigts qui sont doubles normalement : ce sont le premier, le troisième et le cinquième, ce dernier par duplication complète, les deux autres par un état particulier de leur métatarsien, qni est bifurqué ; l'auteur s'appuie sur ce fait que, dans le plus grand nombre des cas observés jusqu'ici, ce sont ces trois doigts qui ont été trouvé atteints du vice de conformation en question. Sans insister davantage sur des théories qui ont besoin d'une sanction plus sérieuse, nous ferons remarquer qu'il est une cause originaire qui se rencontre assez souvent, c'est l'hérédité. Les parents transmettent, en effet, parfois à leurs enfants ce vice de conformation; quelquefois même cette transmission se fait pendant plusieurs générations. La polydactylie surtout est héréditaire , et les observations en sont nombreuses ; Maupertuis et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire citent des faits de transmission pendant plusieurs générations. La *Gazette des Hôpitaux* de 1861 contient une observation fort curieuse extraite d'un travail anglais : il s'agit d'une famille dans laquelle la polydactylie fut transmise, de père en fils, jusqu'à la cinquième génération ; le vice de conformation consistait en doigts supplémentaires insérés sur le bord cubital de l'auriculaire.

L'hérédité paraît beaucoup moins fréquente pour le pouce double ; elle est très-rarement signalée dans les observations.

Il en est de même de la syndactylie. Cependant M. Deguise a présenté, en 1857, à la Société de chirurgie, une enfant atteinte de ce vice de conformation, lequel existait également chez sa mère, chez son grand-père, et chez la grand'mère paternelle.

Dans la première observation du docteur Launay, l'enfant affecté de polydactylie et de syndactylie était né d'une mère atteinte des mêmes difformités. Cette femme présente même à chaque pied un orteil de plus que son enfant, et tandis que, chez ce dernier, il n'y a que deux orteils adhérents à chaque pied, il y en a quatre chez la mère. L'hérédité, dans cette observation, ne remonte pas plus haut.

Ces voies de conformation peuvent, quand ils sont portés à un degré très-grand, causer une gêne considérable, et entraver l'usage de la main ; le chirurgien est donc appelé souvent à y remédier. Cependant une grande prudeuce doit toujours régler sa conduite, et l'observation n° 2 montre combien, dans certains cas, l'observation peut être plus préjudiciable qu'utile au sujet.

Quand il s'agit de doigts surnuméraires, intercalés dans la série, il est évident qu'il vaut infiniment mieux, dans l'immense majorité des cas, laisser persister l'infirmité, qui ne peut être fort gênante ; mais il n'est plus de même dans les cas de pouces supplémentaires, ou d'appendice digital inséré sur le doigt auriculaire. Dans ce dernier cas, la gêne est grande et nécessite presque toujours l'opération. Quand il y a un pédicule bien net, le meilleur moyen est celui employé, en 1865, par M. Guyon, dans un cas présenté à la Société de chirurgie ; il enleva l'appendice d'un coup de ciseau, après avoir préalablement appliqué une ligature sur le pédicule. Mais s'il y a articulation d'un organe bien conformé, l'opération est plus sérieuse, sans pourtant présenter des dangers réels, surtout si elle est faite de bonne heure, et dans ce cas il vaut mieux, suivant le précepte de Sédillot, opérer la section de la phalange le plus près possible de l'insertion ; de la sorte, on n'a pas à craindre de trouver, ce qui pourrait arriver dans la désarticulation, une synoviale commune avec le pouce normal.

Dans l'observation n° 3, le docteur Launay opéra la section du métacarpien, près de l'articulation, en dehors de l'insertion de l'autre pouce, qui se faisait sur la continuité de cet os. Il eut soin auparavant d'établir une compression sur les deux pouces avec un petit tube de caoutchouc, dont il arrêta les deux bouts par un tube plus volumineux, à l'aide duquel il étrangla fortement la racine commune aux

deux pouces. Il laissa le tout en place pendant quelques instants, et opéra après avoir enlevé le petit tube; il put de la sorte pratiquer l'ablation sans hémorrhagie aucune; la cicatrisation se fit rapidement.

Lorsque les doigts multiples sont réunis les uns aux autres plus ou moins intimement, le chirurgien peut être appelé à intervenir, cette réunion des doigts pouvant être fort gênante. Dans ce cas, de nombreux procédés peuvent être mis en usage, et tous ont un but unique: empêcher la cicatrice de réunir de nouveau les doigts séparés par l'opérateur. Le moment de l'opération est assez important à décider: il est à craindre, en effet, si l'on opère trop tôt, que, par la suite, à mesure que s'opère le développement, la difformité se reproduise. M. Verneuil est d'avis qu'on attende pour opérer que l'enfant atteigne trois ou quatre mois.

Le grand nombre de procédés imaginés par les chirurgiens pour remédier à ce vice de conformation montre combien il est difficile d'obtenir un résultat satisfaisant. Quel que soit, en effet, le manuel opératoire auquel on s'arrête de préférence à tout autre, quelque complet que paraisse le succès immédiat, il est toujours à craindre que le travail qui s'opère dans la cicatrice ne produise une difformité nouvelle; aussi le malade doit rester longtemps sous les yeux du chirurgien, qui surveillera soigneusement le résultat obtenu. L'observation n° 2 du docteur Launay montre quelles conséquences désastreuses peut amener à sa suite une opération de ce genre faite par une main inexpérimentée. Il s'agit d'une femme, qui présentait à chacune de ses deux mains un pouce double, et un doigt supplémentaire inséré sur le bord cubital de l'auriculaire. Ce doigt était rudimentaire et ne tenait que par un pédicule. Il y avait, de plus, adhérence latérale entre les doigts médius et annulaire dans toute leur longueur. Cette dernière difformité, qui n'eût produit qu'une gêne médiocre, est celle dont l'opération a produit le résultat le plus mauvais. Cette femme, qui a aujourd'hui trente-cinq ans, fut opérée à l'âge de trois ans. Ses deux mains sont le siége de difformités multiples, qui lui en rendent l'usage très-pénible. Une cicatrice vicieuse maintient le pouce dans l'abduction forcée et l'empêche d'être opposable aux autres doigts; ses mouvements sont extrêmement limités. Enfin, des brides cicatricielles vicieuses rétractent fortement les doigts indicateur, médius, annulaire et auriculaire. Les deux doigts du milieu sont maintenus par ces brides dans une flexion complète, et ne peuvent être d'aucun usage. De plus, leur adhérence latérale qui avait été détruite, s'est reformé en grande partie, et une membrane

les unit l'un à l'autre dans les deux tiers de leur longueur. La difformité est certainement plus grande que ne l'était le vice de conformation congénital, et la conséquence la plus désastreuse de l'opération est d'avoir rendu à peu près impossible l'usage des deux mains chez une femme obligée de gagner sa vie par des travaux pénibles !

DISCUSSION

M. SÉE. M. Demarquay me paraît avoir omis de signaler, comme cause de syndactylie, une inflammation produite dans la vie intra-utérine.

M. LARREY. M. Fort a exposé dans sa thèse presque toutes les difformités congénitales des doigts. Et je ne me rappelle pas que certaines déformations relatées par M. Launay aient été citées par M. Fort. Il y a également deux ou trois cas que je n'ai pas entendu rapporter, et que j'ai observés dans les conseils de révision. Je veux parler de l'atrophie de tous les doigts, et un pouce presque double de la longueur normale.

Les conclusions de M. Demarquay sont adoptées, et la société décide :

1° Le renvoi du travail de M. Launay au comité de publication;

2° L'insertion au Bulletin du rapport de M. Demarquay.

La séance est levée à cinq heures trente-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de médecine de la semaine. — *The Paris medical Record*. — *Les Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie*, 3e et 4e fasc. 1873.

M. TILLAUX fait hommage de la thèse de M. Auguste Colson : *De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac.*

M. DUBRUEIL offre le second fascicule de ses *Éléments de médecine opératoire.*

M. LARREY offre, de la part du docteur Tholozan, membre correspondant : *Histoire de la peste bubonique en Perse et en Mésopotamie.*

De la part du docteur Marion Sims, un mémoire imprimé sur *les tumeurs fibreuses intra-utérines.*

M. DOLBEAU fait hommage de la thèse inaugurale du docteur Mancasti : *Sur les fractures compliquées de la jambe* ; de M. le docteur Galvani : *Sur le traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection vineuse faite à la température ordinaire.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Coste, professeur et directeur de l'école de médecine de Marseille.

COMMUNICATION

M. TILLAUX. J'ai demandé la parole dans cette séance, dont l'ordre du jour n'est que très-peu chargé, pour appeler l'attention de nos collègues sur un point, bien restreint sans doute, mais d'une certaine importance cependant : je veux parler du triangle lumineux et de sa valeur dans les affections de l'oreille.

Si l'on me permet de figurer sur le tableau, à l'aide d'un cercle, la membrane du tympan, et de l'orienter à l'aide des quatre lignes supérieure, inférieure, interne et externe : on sait que tous les auristes, et Wild (de Dublin) le premier, ont décrit dans le segment inférieur un petit triangle équilatéral présentant une direction oblique avec le manche du marteau. Ce phénomène optique serait dû à la concavité même de la membrane du tympan, le manche s'implantant, en effet, de façon à attirer la membrane vers la caisse, le triangle dont les dimensions sont liées à la cambrure plus ou moins grande de la membrane subit des modifications dues à un rapprochement plus ou moins considérable entre la membrane et la paroi sympathique.

Troeltsch, M. Duplay disent que l'on peut tirer un grand parti de ce triangle au point de vue du diagnostic des affections de l'oreille. Cette importance m'avait frappé, et je pensai qu'avant d'observer les modifications dues à un état pathologique, il était essentiel de connaître le triangle lumineux à l'état normal.

Je choisis mes sujets d'expérience parmi les élèves de mon service,

et je pus le même jour, avec une lumière uniforme, obtenir quinze dessins de la même main, représentant quinze membranes du tympan; ce sont ces quinze dessins que je mets sous vos yeux. Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est qu'aucune de ces figures ne se ressemble; je constate de plus, comme vous pouvez le faire, que, parmi ces dessins, aucun ne représente fidèlement la forme classique, c'est-à-dire le triangle équilatéral : tantôt c'est un triangle isocèle, tantôt c'est un triangle coupé, pour ainsi dire, en deux segments figurant l'un un petit triangle au sommet, l'autre un trapèze à la base; tantôt enfin c'est un simple point lumineux. Si la forme varie, la situation ne diffère pas moins. L'angle obtus classique fait souvent défaut; le plus souvent c'est un angle droit qu'on observe. Au point de vue du rapport qui peut exister entre les dimensions du triangle et l'acuité auditive, on peut affirmer, toujours d'après les mêmes expériences, que ce rapport n'existe pas. C'est ainsi que M. Remy, doué d'une acuité auditive considérable, ne présente qu'un petit point lumineux, et que M. Ragot, dont le triangle est irréprochable, se rapproche beaucoup de son collègue, quant à la finesse de son ouïe. Je crois donc que, sans vouloir rien retrancher de l'importance du triangle lumineux dans le diagnostic des maladies de l'oreille, il serait bon de procéder ainsi que je l'ai fait, et d'être absolument fixé sur les variations que ce triangle peut présenter chez l'homme sain avant de l'appliquer à l'étude des maladies de l'oreille.

DISCUSSION

M. DUPLAY. Je trouve la communication de notre collègue très-intéressante, mais je ferai à M. Tillaux quelques objections; d'abord je nie l'importance de la tache au point de vue du diagnostic des maladies de la caisse, et l'on sait que de grandes déformations de la caisse peuvent coïncider avec une ouïe très-satisfaisante ; or jamais, à ce point de vue, personne n'a exagéré l'importance du triangle lumineux.

Il y a, en effet, de grandes dissemblances suivant les individus et surtout suivant les courbures. La formation de ce triangle est un phénomène optique des plus complexes, et un travail paru dans les *Archives* s'appuie, pour l'expliquer, sur des considérations géométriques extrêmement élevées.

Quoi qu'il en soit, les maladies de l'enfance, si communes d'ailleurs, peuvent altérer notablement les proportions de ce triangle sans que pour cela, plus tard, chez l'adulte, l'ouïe soit altérée; aussi

mon opinion est-elle que l'importance de ce triangle, relativement à la surdité, a été exagérée.

M. TILLAUX. Il n'est jamais entré dans mon esprit de vouloir exagérer l'importance du triangle lumineux, puisque c'est contre cette importance même que sont dirigées mes expériences. Ce sont, au contraire, les auristes qui me paraissent avoir insisté sur ce point.

Wilde (de Dublin) l'a décrit le premier.

Duplay. — Le reflet lumineux présente la forme d'un triangle équilatéral dont la base, d'un 1/2 millimètre, correspond au bord du tympan et le sommet à l'ombilic, un peu en avant et au-dessous de l'extrémité du manche du marteau. Il importe de connaître exactement les caractères de ce triangle lumineux, car les changements dans son éclat, dans sa forme, dans ses dimensions et dans sa situation indiquent des conditions pathologiques de la membrane elle-même ou de la caisse. » — Page 8.

Troeltsch. — Page 44. — « Ce reflet lumineux, particulier et très-prononcé, se trouve toujours à la région antérieure et inférieure sous la forme d'un triangle équilatéral dont la base, longue de 1 1/2 à 2 millimètres, correspond au bord du tympan et le sommet à l'ombilic un peu au-devant et au-dessous de l'extrémité du manche du marteau. »

« Il forme un angle obtus avec la direction du manche du marteau. »

Toynbee dit, page 135, traduction de 1874 : « Ordinairement on voit, à la partie antéro-inférieure, une tache brillante triangulaire », et il la figure équilatérale.

Quant à considérer la théorie du triangle comme claire, cela est loin de ma pensée ; je me borne à dire, comme tout le monde, que sa forme dépend de la courbure plus ou moins prononcée de la membrane du tympan ; et je souhaiterais que l'étude du triangle fût faite sur l'homme sain avant de le faire intervenir dans le diagnostic des affections de l'oreille.

M. DUPLAY. Je ne puis laisser passer cette appréciation que le triangle lumineux n'a aucune valeur diagnostique ; je déclare, au contraire, que, quand ce triangle est tout à fait déformé, cette déformation a une grande valeur au point de vue du diagnostic d'une maladie antérieure.

LECTURE

M. TERRIER lit l'observation suivante :

Messieurs, dans une des dernières séances de la société, le professeur Verneuil attirait notre attention sur des faits de tétanos survenus brusquement chez des blessés qui, jusque-là bien portants, avaient été soumis à une manœuvre opératoire parfois insignifiante.

Un fait que je viens d'observer peut s'ajouter peut-être aux observations relatées par M. Verneuil :

Il s'agit d'un homme de soixante et un ans, n'ayant jamais eu qu'une fièvre typhoïde légère, vers l'âge de quinze ans, qui est entré dans mon service à l'Hôpital temporaire, pour un écrasement du quatrième orteil.

C'est le samedi 4 juillet qu'eut lieu l'accident : la roue d'une charrette chargée de bois passa sur la jambe du blessé, contusionnant fortement le dos du pied et écrasant le quatrième orteil.

Le malade entre à l'hôpital le lundi 6 juillet, n'ayant pu marcher et ayant beaucoup souffert depuis l'accident.

Le pied gauche est tuméfié, des excoriations existent à la base des orteils, seul le quatrième orteil est entièrement gangréné; la peau noirâtre qui le recouvre s'enlève comme un doigt de gant, entraînant avec elle la phalangelle et la moitié de la phalangine.

Le malade prend un grand bain, et l'on applique des cataplasmes sur le pied lésé.

La nuit fut très-bonne, les douleurs s'apaisèrent et, les jours suivants, la plaie se déterge peu à peu et prend un bon aspect.

Le 13, la poche restante de la phalangine, faisant saillie dans la plaie et étant nécrosée, je pratique la désarticulation, le ligament latéral externe seul tenait assez solidement.

Le malade affirme que la douleur éprouvée pendant l'opération provoqua des contractions involontaires des muscles moteurs de la mâchoire. Toujours est-il que, un quart d'heure après l'opération, avant que la visite ne fût terminée, il s'aperçut d'un peu de difficulté à avaler et à ouvrir la bouche. D'ailleurs, il n'attacha aucune importance à ce symptôme.

Le 14, la nuit a été agitée ; à la visite du matin, le trismus est manifeste, et il y a un peu de dysphagie.

La langue, les muscles du cou sont très-libres.

La pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Bain d'air chaud, 4 grammes de chloral en lavement, potion de Tood.

La température rectale est de 38 degrés, le pouls à 70.

Le soir, les phénomènes se sont amendés, le trismus est à peine marqué. Température 37°6, pouls à 72.

Lavement avec 2 grammes de chloral.

L'urine rendue dans les vingt-quatre heures, soit un peu moins d'un litre, contient 14 grammes d'urée.

Le 15, pas de sommeil; depuis la veille au soir, toux sèche, fatigante et fréquente, avec douleur vive à l'épigastre.

Le trismus est plus intense, les muscles du cou sont contracturés, la langue seule reste mobile, un peu d'opisthotonos.

La peau est moite, les sueurs ont été considérables pendant la nuit. Température rectale, 38°5, pouls à 110.

On prescrit 8 grammes de chloral en lavement, potion de Tood, bain d'air chaud et des frictions sur les parties contracturées avec un liniment chloroformé.

Le soir, les symptômes s'aggravent, le malade asphyxie, par contracture des muscles du thorax, il meurt à dix heures dix minutes du soir, c'est-à-dire cinquante heures après le début des accidents.

L'autopsie n'a pu être faite.

En somme, on voit qu'après une intervention chirurgicale peu importante, le malade est pris d'un tétanos suraigu qui l'emporte en deux jours. Telle est, du moins, l'une des manières d'interpréter ce fait; ajoutons, toutefois, qu'il en est une autre, à savoir que le blessé a été atteint de tétanos au moment, ou presque au moment où je suis intervenu, et qu'il n'y a eu là qu'une simple coïncidence.

L'apparition si rapide des signes du trismus, un quart d'heure après la désarticulation de l'orteil, peut plaider en faveur de cette dernière opinion. De plus, on avait affaire à une plaie des orteils, c'est-à-dire à une lésion qui, plus que toute autre, provoque le tétanos, enfin la température extérieure était alors très-élevée et dépassait chaque jour 30 degrés.

Adénome kystique du voile du palais. — M. Desprès. Je donne la fin de l'observation de la malade que j'ai présentée à la société.

La malade est sortie de l'hôpital le 24 juillet. La division du voile du palais s'est rétrécie, et les fonctions de la parole et de la déglutition s'exécutent régulièrement; la soudure de la muqueuse de l'arrière cavité des fosses nasales avec la muqueuse du voile du palais diminuera encore, et je pense que cette malade n'aura pas besoin d'un obturateur.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Demarquay communique le fait suivant :

Observation de tumeur hypertrophique de la peau de la cuisse droite (recueillie par J. Dave). — X..., vingt-neuf ans, négociant, entre le 22 mai à la maison municipale de santé, service de M. le docteur Demarquay, pour une adénite inguinale gauche.

Ce malade porte à la partie antérieure de la cuisse droite une vaste tumeur sur laquelle nous avons recueilli les renseignements suivants :

Le malade n'accuse aucune affection antérieure, sauf une blennorrhagie contractée pendant le siége. D'ailleurs, aucuns antécédents scrofuleux ou syphilitiques.

Dans son jeune âge, il ne présentait au lieu malade qu'une tache de molluscum, comparable en tous points à celles qui parsèment la majeure partie de son tégument externe; c'est à l'âge de dix ans seulement qu'il s'aperçut de l'existence de la tumeur, qui d'ailleurs était loin de présenter le volume actuel. Elle était de la largeur de la main environ, et beaucoup moins épaisse qu'aujourd'hui. A cette époque, elle commença à croître rapidement, et, vers l'âge de seize ans, elle avait acquis son développement complet. Depuis, elle est restée stationnaire.

Pendant tout le temps qu'elle mit à croître, jamais — et dans nos interrogations nous avons spécialement insisté sur ce point — jamais la tumeur ne présenta de poussées congestives d'aucune sorte, d'accidents inflammatoires; jamais non plus on ne remarqua de développement anormal des veines voisines, jamais d'engorgement des vaisseaux et ganglions lymphatiques. L'accroissement a suivi une marche rapide, mais régulière et continue, et dans tous les cas constamment indolente.

Arrivons maintenant aux caractères actuels de notre tumeur.

Sa forme est celle d'une plaque, d'une sorte de manteau surajouté à la partie antéro-externe de la cuisse droite. Elle s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure au tiers inférieur de la cuisse. Son diamètre vertical est de 35 centimètres.

Les diamètres horizontaux sont :

A sa partie inférieure 13 centimètres.

Au-dessus du tiers inférieur 28 centimètres.

Au-dessus du tiers moyen 33 centimètres.

A la partie supérieure 26 centimètres.

Son épaisseur, plus considérable en haut qu'en bas, et en dehors qu'en dedans, est maximum au niveau du grand trochanter. Elle varie de 2 à 8 centimètres pour diminuer rapidement au voisinage des bords. Il en résulte une augmentation de la circonférence de la

cuisse qui se traduit par les chiffres suivants : nous avons mis en regard les mesures correspondantes prises sur le côté sain.

CUISSE DROITE.		CUISSE GAUCHE.
Partie inférieure de la tumeur . . .	46 c.	42 c.
Partie moyenne.	58	52
Partie supérieure (circonférence parallèle au pli de l'aine).	72	63

La surface de la tumeur est sèche, rugueuse, et présente des plis nombreux.

L'implantation se fait par une large base, de sorte qu'elle n'est nullement pédiculée ni pédiculisable. Elle n'est pas adhérente aux parties situées plus profondément; elle glisse parfaitement sur elles et suit la direction de la pesanteur ; il en résulte à sa surface des plis transversaux.

La consistance est molle, élastique ; par la palpation on peut sentir à travers la tumeur le relief des muscles sous-jacents et notamment du couturier et du droit antérieur.

Enfin cette consistance est uniforme, de sorte qu'il n'y a pas mélange de parties molles et de parties dures.

La couleur de la tumeur se compose de deux éléments. Il y a un fond général brunâtre, dont l'aspect rappelle celui de la peau saine, quoique cependant sa coloration soit plus foncée. Sur ce fond général se détachent une foule de petites saillies framboisées, donnant à l'ensemble de la pièce un aspect chagriné.

Ces saillies ont une couleur rouge violacé, qui rappelle assez celle du cuivre, et sont assez confluentes pour constituer la teinte prédominante de la tumeur. La coloration est constante et ne varie ni par la pression ni par les différentes positions que prend le malade.

On remarque au niveau des saillies précédemment décrites une absence complète de poils : on en trouve, au contraire, quelques-uns épars dans leurs interstices. Les glandes sudoripares paraissent manquer ; le malade affirme n'avoir jamais vu de sueur sur les parties malades, alors même que la peau environnante en était couverte.

La sensibilité est presque nulle; quand on touche la tumeur, le malade ne s'aperçoit pas toujours du contact du doigt, s'il a les yeux bien fermés; une pression plus forte est à peine sentie. Une piqûre d'épingle n'est pas douloureuse. Elle donne issue à quelques gouttes de sang, sans qu'il y ait jamais eu une véritable hémorrhagie.

Au pourtour de la tumeur, la peau est saine. Les poils y sont peut-

être plus nombreux qu'ailleurs. On ne remarque pas de développement exagéré des troncs veineux : cependant une coloration bleuâtre, profonde, de la peau, semble déceler une dilatation du système capillaire du derme. Rien à noter du côté des ganglions lymphatiques.

Ajoutons, pour terminer, que le malade porte une saillie de même nature, de la grosseur d'une petite noix, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia droit, et de plus, disséminées sur tout le corps, principalement sur le tronc, une infinité de petites taches de molluscum.

Le malade désirait vivement l'ablation au moins partielle de la tumeur, qui était à la fois disgracieuse et gênante. M. Demarquay refusa de l'opérer et fit construire une sorte de cuissard lacé, qui, soutenant la tumeur, permit un libre fonctionnement du membre.

Le malade, guéri de son adénite, sort le 1er août.

DISCUSSION

M. LARREY. Je n'ai pas vu un seul fait identique à celui que nous présente notre collègue. J'ai vu parfois, dans les conseils de révision, des tumeurs érectiles veineuses bleuâtre violacé, et je me rallie volontiers au diagnostic porté par M. Demarquay, bien que sans les ponctions exécutées par lui on pût songer à l'éléphantiasis des Grecs ; je crois, du reste, qu'il faut s'abstenir de toute opération.

M. LEDENTU. Je ne pense pas qu'on ait affaire ici à une tumeur érectile franche. La tumeur est flasque, ne se développe pas tout d'un coup ; je la crois de nature complexe, et je penserais volontiers à des dilatations lymphatiques ou à un molluscum.

M. DESPRÈS. Pour moi, c'est un molluscum éléphantiasique. Sans parler du mémoire d'Allard qui contient des faits identiques. Vanzetti (de Padoue) nous a présenté ici un malade analogue qui, entre autres productions éléphantiasiques, avait un énorme appendice caudal. Les ponctions profondes de M. Demarquay ont fourni du sang, mais point les superficielles. En résumé, considérant surtout les autres petites tumeurs disséminées, je crois à un molluscum.

M. DOLBEAU. Je partage l'opinion de M. Desprès. C'est un *molluscum pendulum*, et il n'y faut pas toucher.

M. DEMARQUAY. Mon opinion est que la tumeur que je vous ai montrée est de nature plus complexe. J'avais d'abord pensé à une dilatation lymphatique, mais les piqûres ne m'ont jamais fourni de lymphe : aussi, en raison du dire du malade, qui reconnaît comme début un développement veineux considérable, je crois à une hyper-

trophie du derme recouvrant une couche vasculaire considérable et profonde.

M. DESPRÈS. La présence des vaisseaux n'exclurait pas le diagnostic d'un molluscum : il y a des vaisseaux artériels et veineux dans tous les molluscum, on y trouve également des dilatations variqueuses des réseaux lymphatiques. Le plus bel exemple de molluscum qui ait été publié et qui est dû à la pratique de Nélaton, était si vasculaire qu'il fallut recourir, pour son extirpation, à des ligatures multiples.

M. PANAS. J'ai opéré un jeune homme d'une tumeur de la paupière analogue à celle de M. Demarquay nous présente ; comme la tumeur recouvrait absolument l'œil, j'en fis l'ablation, et la pièce examinée fut jugée de nature hyperplasique, c'est-à-dire que tous les éléments anatomiques y étaient hypertrophiés jusqu'au nerf sus-orbitaire qui avait deux fois son volume normal. M. Dolbeau a du reste observé dans un autre molluscum des nerfs si développés que le nom de névrome plexiforme fut donné à la tumeur.

M. HOUEL. La tumeur opérée par Nélaton, à laquelle M. Desprès faisait allusion, constituait un véritable petit manteau descendant jusqu'au bas des reins. La peau n'était pas bourgeonnée et avait presque conservé son aspect normal. Des artères de volume considérable battaient dans la tumeur. Aussi Nélaton fut-il contraint, avant de commencer l'ablation, de faire avec de la ficelle une série de ligatures et de segmenter pour ainsi dire la masse. La peau rugueuse éléphautiasique du malade de M. Demarquay ne ressemble pas à celle du malade de Nélaton.

M. DESPRÈS. J'insiste sur ce fait, caractéristique pour moi, que le malade de M. Demarquay porte d'autres molluscum.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

Étude et observations sur quelques maladies chirurgicales des articulations (1)

par le docteur Chapplain, de Marseille.

I. — *Luxation sous-cotyloïdienne du fémur.*

L'existence de la luxation sous-cotyloïdienne du fémur n'est point un fait incontesté dans la science. Plusieurs raisons peuvent expliquer les doutes émis sur la réalité de cette variété de luxation de la hanche. Nous trouvons, en premier lieu, le petit nombre de faits relatifs à cette variété de déplacement, et si les observations sont rares, il faut ajouter que, jusqu'à ce jour, aucune autopsie n'est venue démontrer la persistauce de la tête et du col fémoral, au-dessous du rebord de la cavité cotyloïde, sur la gouttière où passe le tendon de l'obturateur externe.

De plus, il est une variété des luxations de la hanche, celle-ci incontestée, dans laquelle la tête fémorale est portée dans un point très-rapproché de celui où elle se trouve dans la luxation sous-cotyloïdienne, et dès lors on s'est demandé, si les observations que l'on a rapportées à la luxation en bas n'étaient pas, en réalité, des exemples de luxation ischio-pubienne.

Eu égard à la distinction à établir entre les luxations voisines de celle que nous voulons décrire, nous trouvons l'histoire de la luxation sous-cotyloïdienne embarrassée d'un assez grand nombre d'observations qui lui sont étrangères et qui sont désignées par les auteurs sous le nom de luxations en bas. Les unes étant des luxations ischio-pubiennes, telle que celle de Letenneur (de Nantes) les autres appartenant aux luxations ischiatiques, comme celle de Robert.

J'ai rencontré, il y a peu de temps, dans mon service de clinique, un fait de luxation du fémur appartenant à cette variété, à laquelle on ne peut donner d'autre nom que celui de luxation sous-cotyloïdienne, n'appartenant, ni à la luxation ischio-pubienne, ni à la luxation ischiatique, et dès lors, eu égard à la rareté de ces faits, au doute qui semble encore les poursuivre, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de vous en soumettre l'observation.

Malgaigne, qui est l'auteur le plus complet relativement à cette variété de luxation, a basé la description qu'il en donne sur cinq

(1) Lu à la Société de chirurgie, séance du 18 mai 1874.

observations. De ces cinq faits, trois ont été publiés en France par Ollivier d'Angers, J. Roux et Bouisson. Les deux autres publiés en Angleterre, sont analysés d'une manière tellement brève, qu'il est impossible d'en extraire quelque chose de positif, soit au point de vue du mécanisme d'après lequel la luxation s'est opérée, soit à celui des symptômes qui doivent la faire distinguer des variétés voisines.

Il est encore deux autres faits énoncés d'une manière accessoire, et qui cependant me paraissent avoir une grande importance comme affirmant l'existence de la luxation sous-cotyloïdienne. Ce sont les deux exemples de transformation d'une luxation ischiatique en luxation sous-cotyloïdienne entre les mains de Malgaigne et de Lenoir. Peu importe, au point de vue de l'existence de la luxation, qu'elle soit primitive ou secondaire. Elle a existé, tel est le fait, je n'en recherche pas davantage. Il faut bien chercher des preuves partout, car les auteurs de pathologie, ou de mémoires spéciaux, sont, pour la plupart, peu favorables à l'admission de la luxation sous-cotyloïdienne.

A. Cooper ne soupçonne pas l'existence de cette variété et donne le nom de *luxation en bas ou dans la fosse ovale* à la luxation ischio-pubienne. Il dit encore, que quelques chirurgiens ont décrit une luxation en arrière et en bas, mais que depuis trente ans il n'en a pas trouvé un seul exemple, et que, sans en nier la possibilité, il est porté à croire à une méprise.

Ainsi le chirurgien anglais admet une luxation en bas, mais c'est la luxation dans la fosse ovale. Il conteste la luxation en bas et en arrière, mais pour la luxation directement en bas elle n'est pas même citée parmi les éventualités.

En 1837, Laugier, dans le Dictionnaire en trente volumes, n'avait par devers lui que le fait d'Ollivier (d'Angers) et fait remarquer que l'obscurité de cette observation tient à quelque vice de rédaction.

En 1839, Vidal pose la question suivante : A-t-on réellement observé des luxations en bas, c'est-à-dire sur l'ischion? Il y répond en réunissant plusieurs faits, tels que ceux de Billard et de Robert (luxations ischiatiques); puis, parlant de l'observation d'Ollivier, il dit qu'elle contient des détails qui n'ont trouvé crédit chez aucun des écrivains qui l'ont examinée. J'ai dit déjà quelle était l'opinion de Malgaigne.

Les deux derniers traités de pathologie externe, en voie de publication, ne se prononcent pas dans le même sens.

Follin et Duplay accordent un paragraphe spécial à cette luxation et indiquent que la position de la tête n'a rien de fixe. Dans quelques cas, elle paraît reposer sur le bord inférieur de la cavité cotyloïde

au niveau de la gouttière de l'obturateur externe; d'autres fois, elle est plus en arrière, se rapprochant de la luxation ischiatique, ou bien, plus en avant, se rapprochant de la luxation ischio-pubienne.

Nélaton, Péan, rapportent à la luxation ischio-pubienne les faits exceptionnels de Keate, J. Roux, Mustou, Letenneur, qui ont été décrits comme des luxations sous-cotyloïdiennes.

Le fait que j'ai eu sous les yeux, que j'ai examiné avec la plus grande attention, par cela même que je savais que cette variété de luxation était mise en doute par la plupart des auteurs, peut me permettre d'affirmer son existence. En parlant du diagnostic, j'aurai à revenir sur les diverses interprétations données par les auteurs que je viens de citer.

Luxation du fémur en bas ou luxation sous-cotyloïdienne

Le 22 octobre 1873 entrait à l'Hôtel-Dieu, au n° 4 de la salle Cauvière, le nommé A... Charles, âgé de trente-cinq ans, pionnier poseur de la compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

Cet homme avait fait un chute dans la matinée, pendant son service. En traversant la voie, son pied droit se trouva engagé dans l'entrecroisement de deux rails, il s'efforça de le dégager en se portant sur sa jambe gauche, mais il perdit l'équilibre et tomba en imprimant à son corps un brusque mouvement de rotation autour de la cuisse droite. Il ne put se relever et fut transporté immédiatement à l'hôpital.

Le malade, placé sur le dos, présente à notre observation les phénomènes suivants :

Le membre inférieur droit se trouve placé dans une abduction légère, de sorte que l'axe de la cuisse est dévié, porté en dedans, de manière que, prolongé dans le sens de l'abdomen, il vienne passer par l'ombilic.

La cuisse semble placée un peu dans la rotation en dehors, mais très-légèrement, si bien que la jambe et le pied conservent leur position normale et ne sont nullement infléchis dans la rotation, soit en dedans, soit en dehors. Le pied appuye sur le lit par le talon, comme dans les conditions ordinaires. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse; le membre forme ainsi avec le plan du lit, un triangle, car il n'appuie que par ses deux extrémités l'ischion et le talon.

La saillie du grand trochanter est remplacée par une dépression très-apparente au fond de laquelle on sent cette tubérosité.

A la partie interne de la cuisse on voit une saillie couvexe produite par les parties molles.

Le pli de la fesse est complétement effacé et attiré en bas.

La tête fémorale est difficilement sentie; cependant, en imprimant au membre des mouvements de rotation, elle est perçue, quoique très-profondément, à la partie supérieure de la tubérosité de l'ischiou au-dessous de la cavité cotyloïde. La mensuration donne de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la saillie du condyle externe du côté droit 42 centimètres, tandis que le côté gauche donne 47 centimètres.

La distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure, s'étendant au grand trochanter est de 12 centimètres du côté luxé et 13 centimètres du côté sain.

Le malade peut faire par lui-même quelques mouvements dans le sens de la flexion. Ceux, dans le sens de l'extension, sont plus limités. Il ne peut exécuter les mouvements d'abduction ni d'adduction.

Le 23 octobre, le malade étant chloroformisé, je cherche à obtenir la réduction par des mouvements de circumduction de la tête fémorale, soit en dedaus, soit en dehors de la cavité cotyloïde; les tractions exécutées n'amènent pas la réduction.

Le 24 le malade étant de nouveau anesthésié jusqu'à la plus complète résolution, je le place en travers du lit, et fais porter le creux du jarret sur mon épaule. Le bassin étaut fixé, je fléchis fortement la cuisse sur le bassin pendant qu'un aide agit sur la jambe en lui imprimant des mouvements de rotation, et bientôt la tête rentre dans la cavité.

L'examen du membre, sa conformation, sa mensuration, nous démontrent la réalité de la réduction.

Le malade sort quelques jours après dans d'excellentes conditions.

Le mécanisme d'après lequel se produit la luxation sous-cotyloïdienne est très-obscur, car, dans les divers faits que nous avons analysés, on découvre difficilement la progression qu'a suivie la tête fémorale pour sortir de la cavité cotyloïde et se porter au-dessous de cette cavité. Dans le cas de Bouisson rien n'est indiqué. Le malade d'ailleurs n'est arrivé sur le sol qu'après s'être accroché, d'abord, sur un autre point. On ne peut rien tirer de celui d'Ollivier.

Dans l'observation de J. Roux, il y a une flexion forcée de la cuisse et, par conséqueut, pression de la tête fémorale sur la partie inférieure de la capsule, mais cette pression était-elle directe ou por-

tée en bas et en dehors; ou en bas et en dedans, suivant que dans cette flexion forcée, le membre était dans l'abduction ou l'adduction? Rien ne nous le dit dans le narré de l'observation.

Dans le fait que je relate, il y a eu également une flexion forcée et un mouvement de rotation autour du fémur comme centre. La partie supérieure du corps étant la partie mobile, tandis que la cuisse était dans une position relativement stable, le pied étant pris dans les rails du chemin de fer et le membre étendu.

Nous avons donc, pour apprécier le mécanisme de la luxation en bas, le fait de Bouisson, le mien, dans lesquels la luxation a été primitive et ceux de Malgaigne et de Lenoir, dans lesquels elle a été, seulement, consécutive.

C'est dans la flexion exagérée de la cuisse sur le bassin ou du bassin sur la cuisse, que doivent se produire les luxations du fémur qui occupent la partie inférieure de la cavité cotyloïde; en effet, par l'élévation de la cuisse sur le plan antérieur du corps, la tête fémorale roulant dans la cavité va presser la capsule à sa partie inférieure, tandis que la face postérieure du fémur tend à devenir antérieure.

Si la flexion est directe, ce sera la partie inférieure de la capsule qui sera fortement tendue par la pression de la tête; si la flexion se combine avec l'abduction, la tête fémorale pressera en bas et en dedans, et, dans le cas où la flexion se combinera avec l'adduction, la tête tendra à s'échapper par la partie postérieure et externe de la cavité.

Le mécanisme d'après lequel on comprendrait le mieux la luxation sous-cotyloïdienne serait la flexion forcée de la cuisse dans une position directe, mais je ne crois pas que ce mode de déplacement puisse être mis en cause, car dans sa plus grande flexion directe, la cuisse rencontre le plan du corps qui l'arrêtera dans sa progression avant que la capsule et le ligament rond aient subi une tension assez grande pour que leur rupture puisse avoir lieu.

Telle est l'appréciation théorique; ajoutons que, dans les faits connus, la réduction de ces sortes de luxations a toujours été difficile, et il est probable que si l'ouverture de la capsule se fût trouvée en face du point où la tête s'est arrêtée, le rétablissement de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde eût présenté moins de difficultés.

La flexion forcée unie à l'abduction déterminera la pression de la tête fémorale sur la partie inférieure et interne de la capsule et si le déplacement a lieu, après la déchirure de la capsule dans cette région, la tête se trouvera dans la fosse ovale et n'aura aucune tendance à se diriger sur la partie inférieure de la cavité cotyloïde.

Le mouvement de flexion forcée peut encore se combiner avec l'adduction et la rotation en dedans; dans cette position, la tête fémorale distend la capsule à sa partie inférieure et postérieure, et tend à s'échapper selon le diamètre oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La capsule se déchire alors sous l'influence de la flexion exagérée, la tête sort de la cavité, et produit également la rupture du ligament rond.

La tête, trouvant ainsi une issue par la partie inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde, est à sa sortie dans un point où elle ne peut conserver aucune stabilité. D'une part, la position forcée affectée par le membre ne peut persister qu'autant que la cause vulnérante continue son effet; d'autre part, la tête placée sur un point culminant continuera sa progression jusqu'à ce qu'elle trouve une position qui la mette dans une sorte d'équilibre stable.

Quelles vont être les conditions qui vont amener cette situation stable, que la luxation confirmée va nous faire constater?

Le mode de production de la luxation ischiatique et de la luxation sous-cotyloïdienne me paraît devoir être absolument identique dans les deux premiers temps.

1° Flexion et adduction forcées; 2° rupture de la capsule en bas et en arrière et sortie de la tête par l'ouverture de la capsule.

Le troisième temps va seul différer, et c'est ici que les deux faits de Velpeau et de Lenoir doivent nous servir pour établir le mécanisme de la luxation sous-cotyloïdienne. La tête fémorale est sortie de la cavité, la cuisse est dans la flexion, dans l'adduction et la rotation en dedans. Le résultat le plus probable est que les mouvements commencés se continueront, que les positions acquises persisteront et dès lors nous verrons se former une luxation ischiatique. En effet, la tête fémorale glissera sur le plan incliné que lui présente l'ischion, tandis que la cuisse persistera dans l'adduction et la rotation en dedans, en modifiant seulement la flexion forcée, que l'ascension de la tête fémorale fera cesser d'elle-même.

Tout concourt à ce que le mouvement anormal commencé par la sortie de la tête de la cavité se termine ainsi, et cela nous fait parfaitement comprendre la fréquence de la luxation ischiatique, relativement à la seconde luxation, dont nous allons examiner le mécanisme.

Reprenons donc, pour étudier le mode de formation de la luxation sous-cotyloïdienne, la tête fémorale au moment où elle vient de sortir de la cavité, alors que le membre est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans.

Lenoir et Velpeau avaient affaire à deux luxations ischiatiques, dont ils cherchent la réduction; pour cela, ils font exécuter un mouvement de rotation de la tête fémorale autour d'un centre virtuel, placé vers le milieu de la longueur du col du fémur et ramenant la tête fémorale d'arrière en avant, de dehors en dedans, pendant que le grand trochanter exécute un mouvement inverse, ils cherchent à présenter la tête fémorale à l'ouverture de la capsule par laquelle elle est sortie; mais le mouvement imprimé porte cette tête trop bas, et elle vient se placer au-dessous de la cavité cotyloïde.

Tel est le mécanisme de la luxation secondaire. La luxation primitive se fait de la même façon, seulement le mouvement qui ramène la tête en dedans et le grand trochanter en arrière suit d'une manière continue les deux premiers temps de la luxation. Par un mouvement imprimé par la cause vulnérante, soit au fémur, soit au bassin, le membre est ramené de la position accidentelle (flexion, adduction et rotation en dedans) dans la position presque normale, et la tête ne rentrant pas dans la cavité, passe par-dessus la tubérosité de l'ischion dans la gouttière de l'obturateur, où elle va trouver un équilibre stable.

En l'absence d'autopsie, il paraît prématuré de s'occuper de l'anatomie pathologique, cependant les recherches antérieures peuvent nous éclairer, relativement aux altérations de cette variété de luxations.

M. Tillaux a émis l'opinion que les variétés des luxations coxo-fémorales dépendaient du degré de la déchirure de la capsule. Des expériences, que j'ai soumises à la Société de chirurgie, ne me permettent pas d'accepter ce principe d'une manière absolue, notamment dans les deux variétés de la luxation de la cuisse en arrière, mais il n'en est pas de même pour la luxation sous-cotyloïdienne. Je crois que l'arrêt de la tête fémorale sur le rebord cotyloïdien inférieur dépend surtout du degré de déchirure de la capsule. Que la luxation soit ischiatique ou sous-cotyloïdienne, les altérations pathologiques, quant à ce qui concerne la déchirure de la capsule, me paraissent absolument semblables. Les différences, qui existent dans les rapports relatifs du fémur et du bassin, dépendent de l'impulsion qui a été donnée à la tête fémorale quand elle est sortie de la cavité. Il peut y avoir transformation consécutive des deux variétés. Les faits de Malgaigne et de Lenoir nous le démontrent pour la luxation ischiatique. Les exemples de luxation sous-cotyloïdienne sont trop peu nombreux pour que cette éventualité ait pu se produire dans cette variété. Quant aux deux variétés, si rapprochées l'une de l'autre et qui ne

sont différenciées que par la position de la tête dans deux points très-voisins, je crois que le siége de la déchirure de la capsule est la seule circonstance qui empêche la tête fémorale d'aller se fixer dans la fosse ovale, dans la variété de luxation qui fait l'objet de ce mémoire.

Quels sont les symptômes de la luxation sous-cotyloïdienne?

La demi-flexion de la cuisse sur le bassin est un fait constant; elle est plus ou moins forte. Dans le fait de J. Roux, la demi-flexion paraît peu marquée, car l'auteur se contente de dire que le membre ne peut reposer sur un plan horizontal, mais il faut se souvenir que chez ce malade la luxation remontait à trente-cinq jours.

La demi-flexion s'accompagne d'une abduction légère de la cuisse. Ce mouvement d'abduction peut être augmenté sans beaucoup de douleur, mais le membre ne peut pas être ramené dans sa direction normale.

La position de la jambe et du pied sont, pour la jambe, la flexion sur la cuisse; pour le pied, une légère rotation en dehors dans le fait de Bouisson; dans le mien, le pied n'est dévié ni dans un sens ni dans l'autre.

La position indiquée par Ollivier d'Angers me paraît peu compréhensible. La cuisse est dans une légère rotation en dedans, et le pied se trouve placé dans la rotation forcée en dehors. C'est là un double mouvement qu'on s'explique peu, car ordinairement le pied suit la direction de la cuisse, dans la rotation en dedans ou en dehors; ici la cuisse est déviée dans un sens et le pied dans l'autre. Cette contradiction justifie le dire de Langier, que l'obscurité de cette observation tient à quelque vice de rédaction, et celui de Vidal constatant l'existence de détails qui n'ont trouvé crédit chez aucun des écrivains qui l'ont examinée. Ces deux auteurs, n'ayant pas d'autre exemple de luxation sous-cotyloïdienne, semblent en induire que cette luxation n'existe pas, tandis que, dans la plupart de ses détails, cette observation se rapproche des autres faits et doit, par conséquent, avoir une valeur réelle, tout en signalant des particularités que l'on s'explique peu.

Le grand trochanter est déprimé et occupe une sorte d'enfoncement, au-dessous d'une saillie formée par le muscle tenseur de l'aponévrose crurale.

Le pli de l'aine est plus profond, quoiqu'il ne le soit pas autant au toucher et à la vue qu'il devrait l'être, alors que l'on constate la disparition de la tête fémorale de la cavité cotyloïde.

Les muscles adducteurs, chez mon malade comme chez celui

d'Ollivier, étaient dans le relâchement et formaient, à la partie interne de la cuisse, une sorte de saillie, qui n'était point dure. mais qui paraissait résulter d'une exubérance de la masse musculaire interne par le fait du rapprochement de leurs points d'attache.

Le pli de la fesse est effacé. Pour Ollivier, la fesse est légèrement déprimée en haut et en dehors, et saillante en dehors et en bas.

La sensation de la tête est très-obscure. Ollivier ne fait que présumer le lieu où elle repose. Pour J. Roux, dans la flexion de la cuisse, la tête du fémur est sentie d'une manière obscure en dessus et un peu en dedans de l'ischion. Bouisson dit qu'en arrière et en bas, au niveau de la tubérosité de l'ischion, existait une saillie arrondie, appréciable à travers les parties molles, subissant un déplacement pendant les mouvements artificiels imprimés au membre et évidemment formée par la tête du fémur.

Chez mon malade, la perception de la tête fémorale était très-obscure; en suivant la tubérosité de l'ischion et remontant vers la partie supérieure du bassin, on sentait, à travers une couche considérable de tissus, une tumeur perceptible, surtout quand on imprimait des mouvements à la cuisse et qui occupait la partie supérieure et un peu iuterne de la tubérosité de l'ischion.

La question la plus controversée est celle de l'allongement ou du raccourcissement du membre.

Ollivier constate qu'il n'y a pas d'allongement sensible.

J. Roux donne un allongement de 6 centimètres.

Bouisson fait placer les deux membres dans une attitude analogue et trouve un allongement de 5 centimètres.

Cette question de l'allongement me paraît avoir été mal posée. Dans les observations d'Ollivier et de J. Roux, on n'indique pas comment la mensuration a été faite; on ne dit même pas qu'il y ait eu mensuration; l'appréciation semble avoir été faite à la vue, d'une manière approximative. Quant au fait de Bouisson, il place, pour les mesurer, les membres dans la même position, mais il n'indique pas les points de repère de cette mensuration.

L'étude de la coxalgie a dû démontrer au chirurgien, combien il doit apporter d'attention dans l'appréciation de l'allongement et du raccourcissement, quand il s'agit de l'articulation de la hanche.

A mon sens, il y a eu en même temps raccourcissement et allongement du membre blessé, suivant comment on le considère.

Par le fait de la luxation sous-cotyloïdienne, l'angle formé par le plan antérieur du bassin et l'axe du fémur est devenu plus aigu qu'il ne l'est dans l'état normal, par suite de l'abaissement de la tête fémo-

rale au-dessous de la cavité cotyloïde. Pour la mensuration cet angle ne peut être effacé parce que l'on ne peut pas déterminer l'allongement du membre blessé, par conséquent, même en ramenant le membre sain à une flexion à peu près semblable à celle du côté blessé, on n'aura que le troisième côté d'un triangle, dont les deux autres côtés seront formés par le plan antérieur du bassin et le fémur.

Prenons donc, comme cela est ordinairement fait, l'épine iliaque antérieure et supérieure et le condyle externe du fémur, alors même que le membre est allongé, on n'aura pas sa mesure, mais celle de l'angle ; or le plus petit côté étant opposé au plus petit angle et le plus grand côté au plus grand angle, on devra trouver un raccourcissement du côté blessé, fait que j'ai parfaitement constaté.

Mais, n'y aurait-il pas un moyen de mensuration qui donnerait d'une manière plus réelle l'appréciation de l'allongement réel du membre? Je crois qu'on l'obtiendrait en faisant suivre au lien mensurateur la partie postérieure de la fesse et de la cuisse, en prenant comme point de départ la crête iliaque en arrière, et venant aboutir, en suivant les sinuosités de la fesse, au creux du jarret. Considéré à ce point de vue, le membre m'a paru avoir plus de longueur.

La mensuration de la distance, qui sépare le grand trochanter de l'épine iliaque antérieure et supérieure, n'est pas moins difficile, car une abduction un peu plus ou un peu moins forte en rapprochant le grand trochanter de la partie supérieure du bassin, va donner non pas une mesure absolue de ce qui doit exister dans le déplacement sous-cotyloïdien, mais bien la mesure d'un fait particulier. C'est ainsi que dans plusieurs observations, on a noté que le grand trochanter s'était éloigné de l'épine iliaque, tandis que dans le fait qui m'est propre, j'ai trouvé que le grand trochanter s'était rapproché de 1 centimètre.

Il faut, pour affirmer l'existence de la luxation sous-cotyloïdienne, donner non-seulement les symptômes qui la caractérisent, mais la distinguer des variétés les plus voisines.

Les luxations iliaque et pubienne sont trop distinctes de la luxation sous-cotyloïdienne pour qu'il soit utile d'établir les signes qui les distinguent; mais il n'en est pas de même pour la luxation ischiatique et la luxation ischio-pubienne ou ovalaire.

Cette distinction est d'autant plus nécessaire que nos auteurs les plus exacts ne la font pas. C'est ainsi que M. Duplay dit, que la position de la tête n'a rien de fixe, tantôt paraissant reposer sur le bord inférieur de la cavité, au niveau de la gouttière de l'obturateur externe; tantôt plus en arrière, se rapprochant de la luxation ischiatique.

Cette assertion me paraît résulter du mélange des diverses observations, qui se rapportent aux diverses variétés de luxations du fémur en bas.

Quand le fémur est placé normalement dans sa cavité, il n'est en rapport avec l'os iliaque que par la partie articulaire de sa tête. Faites-le sortir de la cavité cotyloïde, et il se reposera sur ce même os iliaque par une des faces de son col.

Les luxations de la hanche, considérées à ce point de vue, se diviseront en deux classes : d'une part, les luxations postérieures présentent les variétés iliaque et ischiatique, dans lesquelles le col fémoral est appliqué sur l'os iliaque par sa face antérieure, ce qui entraîne la saillie du grand trochanter en avant et la rotation de la cuisse en dedans.

D'autre part, les luxations dans lesquelles le col repose sur l'os iliaque par sa face postérieure sont les luxations en avant, sur le pubis ou dans la fosse ovale (pubienne ou ischio-pubienne). La luxation sous-cotyloïdieune se range dans cette variété. La tête du fémur, dans ces divers cas, se trouve portée en dedans ; le grand trochanter est en dedans et la cuisse se trouve dans une rotation en dehors plus ou moins marquée, plus ou moins forcée. Cette distinction me permet d'établir qu'il n'est point possible de confondre la luxation sous-cotyloïdienne avec la luxation ischiatique, car la position relative de la tête et de l'os iliaque, dans les deux cas, est absolument différente. Tous les faits qui portent dans les auteurs le nom de luxation en bas, tels que ceux de A. Cooper, de Robert, etc., sont ainsi dénommés, non pas pour établir un rapprochement avec la luxation que j'étudie, mais bien pour donner l'idée que se font ces auteurs de la variété du déplacement. Ce sont là évidemment des luxations ischiatiques ou sciatiques suivant la désignation que chaque auteur a adoptée.

Le diagnostic est plus difficile à établir quand il s'agit de comparer la luxation sous-cotyloïdienne à la luxation ischio-pubienne ou dans la fosse ovale.

Pour faciliter ce diagnostic, je vais vous soumettre une observation de cette dernière variété de luxation, que nous pourrons ensuite comparer au fait qui fait l'objet de mon mémoire.

Luxation ischio-pubienne du fémur ou dans la fosse ovale.
(Observation recueillie par M. Albenois, interne du service.)

G... Louis, quarante et un ans, ouvrier terrassier, travaillant dans les chantiers du Lazareth, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 mai 1872.

Cet homme était occupé à miner à coups de pioche la base d'une butte de sable de 2 mètres de hauteur environ, quand, tout à coup, le terrain qu'il creusait s'ébranle et menace de s'écrouler. Cherchant à éviter le danger, G... se retourne pour s'enfuir, mais l'éboulement le surprend par derrière. Il fléchit sur ses genoux; immédiatement il est précipité sur le sol et demeure enseveli sous une énorme masse de terre.

Le malade raconte, en outre, qu'au moment où il est tombé sur ses genoux, sa cuisse droite était très-écartée du corps; c'est dans cette position qu'il a été aplatie sur le sol. Dégagé aussitôt, il est transporté à l'hôpital, une heure environ après l'accident.

Au moment où je l'examine, cet homme accuse une douleur très-vive au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite. Il existe, en ce point, du gonflement et une ecchymose qui, gagnant la partie supérieure et interne de la cuisse, se prolonge en arrière jusqu'à 5 centimètres environ au-dessous du pli de la fesse.

La cuisse droite est dans l'abduction et la rotation en dehors, elle est légèrement fléchie sur le bassin; le pied est renversé en dehors.

La mensuration comparative des deux membres inférieurs, prise des épines iliaques antérieures et supérieures à l'extrémité inférieure des malléoles externes, donne, pour le côté droit, un allongement de 1 centimètre.

En explorant, à l'aide des doigts, l'articulation coxo-fémorale droite, on constate à la partie externe un aplatissement de la fesse et une dépression considérable, remplaçant la saillie du grand trochanter; à la partie postérieure, l'effacement du pli fessier; antérieurement, au-dessous de l'arcade crurale, on perçoit un enfoncement plus grand qu'à l'état normal. Enfin, à la partie interne, immédiatement derrière les muscles adducteurs, on sent la tête du fémur située au-dessus de l'ischion, au-dessous du bourrelet cotyloidien, entre celui-là et la symphise pubienne, par conséquent au niveau du trou obturateur.

Il est dès lors évident, d'après les signes qui viennent d'être énumérés, que nous avons affaire à un déplacement de la tête fémorale en avant, en bas et en dedans, soit à une luxation ischio-pubienne ou dans le trou ovale.

Le mécanisme d'après lequel cette luxation s'est produite se comprend parfaitement, d'après la position qu'avait cet ouvrier au moment de l'éboulement. La cuisse était dans l'abduction, la flexion et la rotation en dehors. Au moment de l'éboulement, la cuisse représentait un levier du troisième genre, dont le point d'appui se trouvait au genou, aux condyles du fémur, la puissance sur la longueur du fémur et la résis-

tance à l'articulation et surtout dans la partie interne. La tête du fémur, sollicitée brusquement par le poids de la masse de terre, a abandonné le bord antérieur et inférieur de la cavité cotyloïde et s'est échappée d'arrière en avant pour venir se loger sur le trou ovale.

12 mai. — Le gonflement est considérable, les mouvements sont très-douloureux ; je prescris l'application des résolutifs et l'immobilisation du membre et renvoie au lendemain les tentatives de réduction.

13 mai. — Dès le premier jour, le chef interne avait fait des tentatives de réduction, qui avaient été infructueuses.

Je les renouvelle par la flexion, puis par des tractions par les aides, le malade étant préalablement chloroformisé. La réduction n'est pas obtenue. Je ne porte pas les essais de réduction bien loin, eu égard au gonflement considérable de la région de la hanche.

Le malade est maintenu au repos les 14, 15, 16 et 17 mai. Des compresses résolutives sont tenues constamment appliquées sur la cuisse.

18 mai. – Chlorofomisation. Le malade est couché sur le dos. Des moufles sont adaptés au-dessus des condyles du fémur et confiés à deux aides, qui exercent des tractions continues suivant l'axe du membre, tractions limitées suivant les indications d'un dynamomètre. La contre-extension est faite au moyeu d'un drap plié en cravate embrassant la fesse gauche et fixé à un barreau de fer à la tête du lit, un second drap fixé au lit et placé en travers, maintenant l'immobilité du bassin. En même temps, à l'aide de la jambe comme levier, la cuisse est portée dans l'abduction et la rotation en dedans, tandis qu'on cherche à refouler la tête en dehors et en haut. La tension étant ainsi maintenue pendant quelques instants, puis abandonnée subitement, on perçoit alors un claquement produit par la rentrée de la tête dans sa cavité.

Le malade est remis au repos, des résolutifs sont appliqués sur le membre.

27 mai. — La douleur persiste. Le malade éprouve de la roideur articulaire, les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont douloureux.

Tous ces phénomènes s'amendent, et le malade quitte l'hôpital guéri.

Établissons d'abord entre ces deux variétés de luxations les phénomènes qui les rapprochent, nous verrons ensuite les divers points par lesquels elles diffèrent.

Ces deux déplacements se ressemblent au point de vue des rapports qui existent entre le col fémoral et la surface antérieure du bassin. Le col fémoral, dans les deux cas, est appliqué sur le bassin par sa face postérieure. Dans les deux cas, le membre est dans l'abduction et la rotation en dehors.

Les particularités par lesquelles ces luxations diffèrent sont plutôt des nuances que des signes radicaux, car les rapports nouveaux contractés par la tête du fémur, dans l'un et l'autre cas, ne diffèrent que par un peu plus d'élévation et une plus grande progression en dedans dans la luxation ischio-pubienne. Dans cette dernière variété la perception du lieu où repose la tête fémorale est beaucoup plus sensible. L'abduction de la cuisse, sa rotation en dehors, le renversement du pied dans le même sens sont beaucoup plus considérables.

Ces deux dernières circonstances me paraissent dépendre de la tension plus considérable du tendon des muscles psoas-iliaques.

Par cette étude du diagnostic différentiel entre ces deux variétés de luxation du fémur, nous paraissons démontrer la presque identité des luxations sous-cotyloïdienne et ischio-pubienne, et cependant nous pensons que ces deux variétés doivent être conservées.

En effet, dans les deux cas, les altérations pathologiques doivent être différentes, bien que l'autopsie ne soit pas encore venue démontrer la réalité de cette opinion.

Cependant, dans les deux cas de Malgaigne et de Lenoir, dans lesquels on a transformé la luxation ischiatique en luxation sous-cotyloïdienne, il est évident que la rupture de la capsule s'était faite par la partie postérieure et inférieure de l'articulation. La même altération a paru exister dans le cas que j'ai eu à examiner, et dès lors n'y a-t-il pas intérêt à distinguer deux luxations qui se rapprochent par leurs symptômes, mais s'éloignent par le mécanisme d'après lequel elles se sont produites.

Le traitement ou tout au moins le procédé de réduction qui m'a le mieux réussi est celui de Desprès.

Je place le creux du jarret sur mon épaule; la jambe pendante sur mon dos est maintenue par un aide; mes mains sont placées sur le bassin sur lequel elles prennent un point d'appui, qui produit une partie de la contre-extension, qui est en outre maintenue d'une manière plus complète par un aide, appuyant ses deux mains, l'une sur la symphise pubienne, l'autre sur la crête iliaque. J'exagère alors le mouvement de flexion et élève, en me redressant, le membre au-dessus du bassin.

Je prescris en même temps, à l'aide qui tient la jambe, de produire,

à l'aide du pied comme levier, un mouvement de rotation en dedans, par conséquent de manière à ramener la tête fémorale en dehors. Ces mouvements combinés me réussissent, et la tête fémorale rentre immédiatement dans sa cavité.

Tels sont les faits que j'ai constatés. Les particularités qu'ils présentent, me paraissent militer en faveur de la conservation, dans le cadre nosologique, de la variété de luxation du fémur connue sous le nom de luxation sous-cotyloïdienne.

II. — *Luxations du poignet.*

Les luxations du poignet ont été le sujet de nombreux travaux depuis l'époque où Dupuytren vint déranger l'harmonie de la description de Boyer, en niant d'une manière absolue la réalité de ces sortes de déplacements.

Déjà la Société de chirurgie s'est occupée plusieurs fois de la luxation du poignet, mais les faits publiés sont encore trop peu nombreux pour que l'histoire de ces luxations puisse être complète.

Je viens, actuellement, vous présenter deux nouvelles observations de luxations de la main sur l'avant-bras, qui ont chacune leurs caractères particuliers et viennent ajouter quelques particularités nouvelles à l'étude de la luxation du poignet.

La première observation se rapporte à la variété la plus ordinaire des luxations radio-carpiennes, à la luxation en arrière, mais le mécanisme d'après lequel le déplacement s'est produit s'éloigne de tous les faits connus jusqu'à ce jour.

Le second fait est beaucoup plus important, car il vient ajouter une variété nouvelle à celles qui ont été décrites, c'est un exemple de luxation du poignet en dehors.

1° *Luxation du poignet en arrière.*

Il y a quelques années déjà, qu'en arrivant le matin dans notre service de chirurgie, nous trouvâmes couché au nº 14 de la salle Ducros, un homme dans la force de l'âge, ayant quarante et un ans, employé au chemin de fer, qui nous présentait une altération du poignet droit qu'il nous fut facile de reconnaître immédiatement pour une luxation du poignet en arrière.

Cet homme nous raconte que l'avant-bras et la main droite ont été saisis entre deux tampons et que l'altération que nous constatons

est le résultat de cette pression, qui dès lors s'est produite horizontalement et perpendiculairement à l'axe de l'avant-bras.

Au moment de notre examen, le membre est placé sur un coussin, appuyé sur la face palmaire et dans la demi-flexion.

L'examen des parties a été fait sans les déplacer, si ce n'est pour examiner la face palmaire. Nous allons donner la descriptiou de la lésion telle que nous l'avons dictée, le malade étant placé sous nos yeux.

1° *Région dorsale.* — A l'union des trois cinquièmes supérieurs et des deux cinquièmes inférieurs, il existe une raie transversale légèrement oblique d'arrière en avant, indiquant la limite de la compression subie par l'avant-bras.

A la partie inférieure de l'avant-bras, on voit une saillie qui se forme d'une manière régulière et graduelle de la face postérieure de l'avant-bras à la face dorsale de la main. Cette saillie est plus marquée à la région interne qu'à la région externe. La partie qui forme saillie est légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, soit du bord cubital au bord radial. On reconnaît facilement à la vue et surtout au toucher qu'elle est produite par la première rangée du carpe dont on sent parfaitement le relief.

2° *Bord cubital.* — Le bord cubital de l'avant-bras forme avec le bord correspondant de la main un angle de 160 degrés, par conséquent le bord interne de la main est fortement infléchi en dedans. Au sommet de l'angle, l'épaisseur des parties comprises entre la face palmaire de l'avant-bras et le dos de la main est de 5 centimètres, et l'on sent parfaitement que cette épaisseur est constituée par le chevauchement des os du carpe sur les os de l'avant-bras.

3° *Bord radial.* — Le bord radial de l'avant-bras et le bord externe du métacarpien du pouce forment une ligne droite qui se trouve brisée, au niveau de l'apophyse styloïde, par une saillie de cette apophyse. Entre cette apophyse et le bord externe de la main, on voit un petit enfoncement en forme de crochet. En sorte que le bord de la main et le bord de l'avant-bras forment deux lignes parallèles et non pas continues.

L'épaisseur des tissus formée par le chevauchement des deux extrémités articulaires est de 4, 5 millimètres.

4° *Face palmaire.* — L'apophyse styloïde du cubitus forme une saillie considérable et se sent immédiatement au-dessous de la peau. La distance de cette saillie du cubitus au pli palmaire transversal, est de 2 centimètres. En se dirigeant vers la partie externe au niveau du radius, on voit que les parties molles ont suivi plus intimement la

main dans sa progression vers la région dorsale de l'avant-bras. Là le pli palmaire est enfoncé vers la surface articulaire du radius, en sorte que le bord inférieur de l'avant-bras et le pli palmaire du poignet forment un triangle dont la base est au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus et a une étendue de 2 centimètres, tandis que le sommet correspond à l'apophyse styloïde du radius. Entre ces deux apophyses, on sent le rebord inférieur des os de l'avant-bras, et, en enfonçant un peu plus les doigts on perçoit leur face articulaire carpienne.

La mensuration comparative du côté sain et du côté malade donne les résultats suivants : de l'articulation radio-humérale à l'extrémité du pouce, côté sain, 37 centimètres et demi; côté malade, 36 centimètres; de l'olécrane à l'extrémité du petit doigt, ramené autant que possible dans la position rectiligne, côté sain, 39 centimètres, côté malade, 36 centimètres et demi.

Les doigts sont fléchis sur la main, l'extension en est douloureuse et impossible.

L'examen de deux apophyses styloïdes nous a fait percevoir que leur saillie était très-considérable, et leur forme, sans inégalité, nous a démontré, autant que cela peut se faire en dehors de l'autopsie, leur parfaite intégrité.

Les douleurs du malade sont très-violentes, si bien que nous sommes obligés immédiatement de procéder à la réduction. Notre pensée avait été, d'abord, de prendre le moule du déplacement, mais il nous fallait un certain temps pour nous procurer tout ce qui nous était nécessaire, et le malade réclamait, à grands cris, d'être débarrassé de ses douleurs.

La réduction fut très-facile, il nous suffit de faire exécuter quelques tractions sur la main et l'avant-bras en sens inverse, pour que le condyle de la main rentrât dans la cupule radiale, et cela sans que le malade fût anesthésié.

Quelques jours après, le blessé sortait parfaitement guéri ; nous avons dû lui recommander de garder sa main au repos pendant quelque temps.

Si nous résumons actuellement les divers symptômes que nous avons énumérés, nous trouvons : 1° une saillie du carpe sur la région dorsale de l'avant-bras; 2° une saillie dans la région palmaire, produite par le bord inférieur de la surface articulaire du radius et du cubitus; 3° au-dessous de cette saillie un enfoncement dans lequel pénètrent les téguments, surtout à l'extrémité externe; 4° au fond de

cet enfoncement, on reconnaît parfaitemeut la surface articulaire des os de l'avant-bras et la saillie des deux apophyses styloïdes qui ne paraissent pas avoir été écornées; 5° la main est portée daus l'adduction, et, par conséquent, le chevauchement est plus considérable dans la région interne de l'avant-bras; 6° les doigts sont fléchis et ne peuvent être ramenés dans l'extension; 7° les distances comprises entre les divers points de repère pris sur l'articulation du coude et l'extrémité de la main sont moindres du côté de la luxation.

Tous ces symptômes sont les signes classiques de la luxation de la main en arrière, ils avaient été pour ainsi dire prévus d'avance et entraient dans la description de Boyer.

Le fait, en lui-même, aurait son importance, eu égard au petit nombre d'observations connues, mais il présente quelques particularités qui lui donnent une importance propre.

Le mécanisme d'après lequel cette luxation s'est opérée paraît être le suivant : l'avaut-bras a été pris entre deux tampons ; c'est sur la région dorsale que paraît avoir existé la puissance, car c'est dans ce point que nous avons constaté des traces de l'action du corps vulnérant. L'avant-bras a donc été comprimé dans ses deux cinquièmes inférieurs, sans que la compression se soit continuée à la main, qui s'est trouvée ainsi en dehors de l'action du tampon. La main est, dès lors, demeurée au même point, alors que l'avant-bras a été comprimé, ou bien encore elle a trouvé un point d'appui dans la courbe du tampon. La force ayant été, d'ailleurs, suffisante pour rompre les ligaments, la contraction musculaire a dû faire le reste.

On avait considéré, aussi, la rupture des apophyses comme une circonstance obligée de la luxation du poignet. Nous avons dit, qu'à travers la peau on sentait ces éminences, de telle façon qu'on pouvait presque affirmer leur intégrité. Le mécanisme d'après lequel s'est effectué le déplacement, l'action vulnérante agissant sur les ligaments suivant leur épaisseur, ne pourrait-elle pas expliquer cette intégrité des apophyses styloïdes?

La seconde observation peut être considérée sous un assez grand nombre de points de vue.

1° C'est un exemple unique de luxation du poignet en dehors, et quand je dis unique, je m'en rapporte complétement au témoignage des auteurs les plus récents tels que Malgaigne, Follin, Duplay, n'ayant pu, moi-même, faire des recherches à ce point de vue. Nélaton, Péan, vont plus loin, car ils déclarent que les déplacements latéraux

sont impossibles par suite de l'étendue transversale des deux rangées articulaires et la saillie des apophyses styloïdes;

2° L'observation, que j'ai l'houneur de vous soumettre, est importante comme plaie articulaire. Après un déplacement complet des surfaces articulaires, leur issue au dehors, leur exposition à l'air, la guérison a pu survenir, avec la conservation du membre et l'ankylose du poignet.

2° *Luxation du poignet gauche en dehors, avec plaie. — Pansement à l'ouate après réduction. — Guérison.*

B... André, âgé de quarante-sept ans, tailleur de pierres, est entré à l'hôpital de la Conception, le 15 mai 1872, à une heure de l'après-midi.

Cet homme s'est laissé tomber d'une étagère élevée de 4 mètres environ au-dessus du plancher d'une maison en construction. Le poids du corps a surtout porté sur la main gauche, qui présente les altérations suivantes :

Elle est fortement déjetée en dehors, et par une plaie occupant la partie interne de l'articulation du poignet, les os de l'avant-bras font issue au dehors et présentent toute leur surface articulaire.

La plaie des téguments occupe la partie interne du poignet et s'étend surtout à la face antérieure, dont elle occupe plus de la moitié, elle est limitée en arrière au point où commence la face postérieure de l'avant-bras.

L'apophyse styloïde du radius a été rompue, elle a conservé ses rapports avec le carpe et a été entraînée avec lui. Le pisiforme est presque complétement détaché et écrasé. Le semi-lunaire a eu ses ligaments rompus et est demeuré en rapport avec les extrémités des os et de l'avant-bras.

Il n'y a pas d'hémorrhagie, bien que la disposition de la plaie doive faire admettre que l'artère cubitale a été rompue.

Outres ces accidents du côté du poignet, il y a encore une luxation du coude en arrière, et, afin de n'en plus parler, disons qu'elle fut immédiatement réduite.

Il n'y a eu au moment de l'accident ni syncope, ni accidents cérébraux d'aucune sorte.

Les fragments du pisiforme, le semi-lunaire et les fragments de l'apophyse styloïde du radius sont enlevés. La luxation du poignet est alors réduite sans la moindre difficulté. Un point de suture est appliqué à la partie moyenne de la plaie; puis la main, l'avant-bras

sont placés dans un appareil ouaté, suivant les indications de M. A. Guérin.

Le bras est placé sur un plan incliné et le malade maintenu au repos absolu (diète, boissons acides limonade).

Le 16 mai, à la visite du matin, on ne constate aucune réaction. La nuit a été excellente. Le malade a reposé. Le pouls est à 86. La température à 38°4.

Jusqu'au 24 mai, les phénomènes morbides ne présentent presque aucun changement. Le malade n'accuse aucune douleur, les nuits sont bonnes. La température est montée un moment à 39°2, mais elle est descendue progressivement à 37°8. Le pouls, qui est monté à 96 pulsations, n'en présente plus que 68.

Pendant ce laps de temps il a fallu favoriser la liberté du ventre par de l'huile de ricin à la dose de 25 grammes. J'ai donné comme alimentation, des bouillons et des potages.

25 mai (premier pansement). — La plaie présente un très-bon aspect, les bourgeons charnus sont d'excellente nature, les bords n'en sont ni douloureux, ni décollés. Le pus, en très-faible quantité, est épais et crémeux ; j'enlève le point de suture.

Les parties ayant été soigneusement lavées avec de l'eau phéniquée, je réapplique de nouveau l'appareil ouaté.

Du 26 au 31 mai, l'état local et général se maintient dans d'excellentes conditions. Les digestions se font bien, les nuits sont très-bonnes. Il y a bien quelques légères douleurs dans le membre, au niveau de la plaie, mais pas de frisson, pas d'altération importante. La température se maintient entre 38 et 39 degrés. La circulation entre 75 et 80 pulsations.

Le 1er juin étant appelé à l'Hôtel-Dieu pour y prendre le service de la clinique chirurgicale, j'y fais transporter mon malade, qui y arrive le 3 juin et est placé au n° 20 du service de la clinique.

Au moment de son arrivée, on constate que l'état général est satisfaisant, le facies est pâle et amaigri, l'appétit nul, la langue légèrement saburrale, le mouvement fébrile est modéré, 80 à 85 pulsations. La température de 37°5 à 38°5. Le malade ressent de temps en temps dans le membre blessé des douleurs lanciuantes qui sont d'ailleurs légères, et dont il ne se plaint que si l'on appelle son attention sur ce point.

L'alimentation est légère et composée de bouillons, de potages, de volaille et autres aliments légers.

Le traitement interne se réduit à 120 grammes de vin de quinquina, deux prises de lait, de la limonade vineuse.

5 juin (vingt-deuxième jour de la blessure). — Le malade est dépansé pour la seconde fois. On le transporte dans la salle d'opération. L'ouate étant enlevée, le membre blessé nous présente l'état suivant : La plaie produite par l'issue des os sur le côté interne du poignet est en voie de cicatrisation. Le dos de la main et de l'avant-bras sont très-développés. La peau, enflammée, présente une teinte rouge violacée. La fluctuation existe dans toute l'étendue du gonflement. Nous avons affaire à un phlegmon diffus, limité à la région dorsale de la main et de l'avant-bras.

Trois incisions sont immédiatement pratiquées et donnent issue à une grande quantité de pus. Ces trois incisions sont faites, la première au niveau du poignet, la seconde sur la partie moyenne du bord radial de l'avant-bras, la dernière au même niveau sur le bord cubital.

Après l'écoulement complet du pus, le membre est lavé et détergé avec une éponge imbibée d'eau phéniquée; puis, par les incisions pratiquées à la peau, des injections sont faites à diverses reprises avec le même liquide, de manière à laver complétement toutes les parties décollées. Le pansement ouaté est, de nouveau, appliqué sur les parties malades, et une certaine compression est employée pour favoriser la résolution de l'inflammation.

Du 5 au 11 juin, l'état du malade ne présente rien de particulier. Le 7 on lui a donné un lavement pour combattre la constipation qui durait depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu, soit depuis le 3.

Le 8 on ajoute de nouveaux tours de bande au pansement, de manière à ramener la compression, qui a beaucoup diminué depuis l'application du pansement.

11 juin (troisième pansement). — La tuméfaction de la main et de l'avant-bras est moins considérable, mais la suppuration est très-abondante. Sur le dos de la main, je trouve encore un nouveau point fluctuant qui se vide mal, j'y pratique une nouvelle incision. Après cela, lavage et injections de tous les points avec de l'eau phéniquée, puis nouvelle application du bandage ouaté.

Du 11 au 22 juin. — Les phénomènes demeurent à peu près les mêmes. Un moment la température et les pulsations du pouls semblent s'élever, mais ces phénomènes rentrent presque immédiatement dans le type normal. Dans cette période, l'appétit paraît se relever. La constipation a cessé.

22 juin (quatrième pansement). — La quantité de pus n'a pas diminué. Deux nouvelles incisions sont pratiquées, l'une au coude

sur le bord cubital, l'autre sur la région dorsale très-voisine de l'autre.

Le poignet va mieux, présente moins de gonflement. Les premières incisions commencent à bourgeonner.

Le pansement est réappliqué avec les diverses précautions indiquées plus haut.

Du 22 juin au 1er juillet. — On peut remarquer une amélioration dans l'état général du malade, sa figure reprend ses couleurs, l'amaigrissement diminue, l'appétit revient ainsi que les forces.

1er juillet (cinquième pansement). — Amélioration très-marquée. La suppuration a beaucoup diminué, surtout à la main et au poignet. L'avant-bras et la main ont, à peu près, repris leur forme première. La rougeur inflammatoire de la peau a disparu. Tout fait présager une prompte guérison de toutes les complications inflammatoires.

Une petite incision est pratiquée à la partie interne du poignet, au niveau de la plaie primitive; il en sort une petite quantité de pus.

Le reste du pansement ne présente rien de particulier.

A partir du 2 juillet, le sommeil est devenu meilleur. Le malade dort très-paisiblement pendant une bonne partie de la nuit.

Le 4, on administre 30 grammes d'huile de ricin pour dissiper la constipation, qui tend à se reproduire. Le malade avait d'ailleurs éprouvé d'assez fortes coliques.

9 juillet (sixième pansement). — La suppuration est toujours de moins en moins abondante. La plaie articulaire est complétement cicatrisée. Celle qui a été produite par l'incision du dos de la main bourgeonne et ne donne plus de suppuration. (Lavage, injections, pansement comme précédemment).

Du 9 au 15 juillet, amélioration très-marquée dans l'état général. L'appétit devient de jour en jour meilleur, les fonctions digestives s'accomplissent sans embarras.

16 juillet (septième pansement). — La suppuration est à peu près la même qu'au dernier pansement. Les plaies de la région dorsale de l'avant-bras guérissent avec lenteur. La peau intermédiaire est décollée, amincie, si bien qu'on peut faire passer un stylet de l'une à l'autre de ces plaies.

La guérison des lésions principales, surtout des lésions articulaires, me décide à suspendre le pansement ouaté. Un pansement simple lui succède. On a soin d'établir une compression sur les trajets fistuleux pour favoriser la réunion de la peau avec les parties profondes.

Le 22 juillet, on place le membre dans une gouttière en carton, de

manière à permettre au malade de se lever plusieurs heures dans la journée.

Le malade est, à ce moment, parvenu au soixante-dixième jour de sa blessure. La suppuration devient de moins en moins abondante. Les plaies se couvrent de bourgeons exubérants, que l'on réprime à l'aide du nitrate d'argent.

L'état général est revenu à l'état normal. La respiration et la température ont repris leur caractère ordinaire; aussi, à dater du 23, a-t-on cessé les observations qui avaient été suivies matin et soir depuis l'entrée du malade, soit à la Conception, soit à l'Hôtel-Dieu.

Dans la période comprise entre le 30 juillet et le 15 août, les deux dernières plaies se sont entièrement cicatrisées. On constate que l'apophyse styloïde du cubitus apparaît sous la peau, qui est considérablement amincie sur ce point, et fait craindre que la saillie osseuse ne finisse par être à découvert. (Cette crainte ne s'est heureusement pas justifiée.) Il existe de l'œdème dans toute la longueur du membre, surtout sur le dos de la main, la peau est tendue et luisante.

On comprime méthodiquement à l'aide d'un bandage roulé, et je prescris de faire exécuter des mouvements aux doigts, dans le but de rendre quelque jeu aux articulations des phalanges.

La rougeur tend à disparaître sur tous les points qui ont été le siége de l'inflammation.

Le malade demande à quitter l'hôpital le 17 septembre.

J'ai revu le malade le 25 octobre. La guérison s'est maintenue. Il existe un peu d'œdème du dos de la main. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes ont recouvré presque tous leurs mouvements.

L'ankylose du poignet est complète. Le coude ne jouit que d'une mobilité très-limitée dans le sens de la flexion. (Le membre, pendant tout le temps du traitement, a été maintenu dans la demi-flexion.) Je conseille au malade l'usage des douches et la compression, et lui recommande surtout de s'exercer à faire des mouvements.

Si nous récapitulons les diverses particularités que présente cette observation, nous trouvons, comme étiologie, une chute sur la paume de la main, dans sa partie la plus rapprochée du poignet, ce qui a entraîné une extension exagérée au niveau de l'article et la perforation des ligaments de la partie interne et antérieure. Il faut aussi, pour expliquer la perforation dans cette région, que la chute sur la main se soit effectuée sur la région hypothénar.

Les symptômes sont tels qu'ils excluent toute idée de diagnostic,

tant les déplacements sont considérables. D'une part, nous trouvons l'extrémité inférieure de l'avant-bras, faisant saillie à travers la peau et présentant la cupule radiale, ayant entraîné avec elle un des os du carpe. D'autre part, le condyle de la main est déjeté en dehors sur le bord radial de l'avant-bras. Les indications du traitement étaient plus difficiles à poser. Fallait-il chercher à obtenir la conservation du membre? Fallait-il amputer?

Je crois que j'étais, avec un pareil délabrement, parfaitement en droit d'amputer; je crois même qu'en opérant, je me trouvais bien plus dans les saines indications chirurgicales. J'avais à craindre une inflammation suraiguë qui pourrait, dans quelques jours, menacer la vie du malade, sans me laisser la ressource de l'opération. Je compromettais donc la vie de mon malade pour lui conserver la main!

Je me décidai cependant à conserver le membre. Ce qui me détermina à en agir ainsi, ce fut, bien certainement, le désir de conserver la main à un homme encore jeune, obligé de travailler pour vivre; mais ces considérations, qui rendent si souvent pénibles les devoirs du chirurgien, et auxquelles il doit souvent fermer l'accès de son cœur, ne furent pas les principales raisons qui dictèrent ma conduite.

J'avais dans le même moment, dans mon service, un jeune homme auquel j'avais ouvert largement l'articulation du genou, pour donner issue à une vaste collection purulente. J'avais ensuite entouré de ouate ce genou, d'après les préceptes de M. A. Guérin, et ce malade ne m'avait présenté aucun des symptômes que l'on redoute tant à la suite d'une semblable opération.

J'avais donc confiance dans la soustraction de l'air à l'aide du bandage ouaté, et ce fut ainsi que je me décidai à tenter la conservation de la main, dans ce cas, où les altérations artificielles étaient si considérables.

III. — *Plaies des articulations.*

La Société de chirurgie a ouvert une sorte d'enquête sur la gravité des plaies articulaires. Quelques faits qui se sont présentés, soit dans ma clientèle, soit dans mon service de chirurgie, me paraissent répondre à ses préoccupations, et je crois de mon devoir de les lui soumettre.

Le premier fait a un double intérêt, car c'est lui qui m'a engagé à conserver le membre supérieur à un malheureux ouvrier dans le

cas de luxation du poignet en dehors, dont je viens de lui donner connaissance.

1° *Arthrite suppurée du genou gauche. Ouverture de l'articulation. Bandage ouaté. Guérison.*

Charles D..., vingt et un ans, marin, grand, vigoureux, paraissant jouir d'une excellente constitution, entre, le 10 mars 1872, dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Conception. Ce jeune homme contracta, dans les derniers jours de janvier, une blennorrhagie qui, dit-il, disparut complétement vers les derniers jours de février.

Le 3 mars, après être longtemps demeuré au froid, pour satisfaire aux exigences de sa profession, il ressentit une douleur vive dans le genou gauche.

Huit jours plus tard, après avoir inutilement essayé de quelques remèdes locaux, il ressentit de nouvelles douleurs dans l'autre genou et dans l'articulation coxo-fémorale droite : il se fit conduire à l'hôpital de la Conception.

Je l'examinai le lendemain 11 mars, à la visite, et constatai les phénomènes suivants :

État local. — Le genou gauche est le siége d'une tuméfaction très-considérable, il est arrondi et n'offre plus aucune des dépressions normales. Le moindre attouchement y développe des douleurs extrêmement vives. La fluctuation y est manifeste et démontre l'existence d'une collection très-considérable de liquide. La peau y présente une rougeur assez intense, elle est le siége d'un empâtement très-marqué. Le membre est dans la demi-flexion.

Le genou droit et l'articulation coxo-fémorale du même côté, présentent une grande sensibilité à la pression et aux mouvements.

État général — Le visage est pâle, terreux, les yeux cernés, le pouls est fréquent, mais plein et régulier. Les organes de la respiration et de la circulation ne présentent rien d'anormal à l'observation la plus attentive. L'appétit est presque nul, mais la petite quantité d'aliments que prend le malade est bien digérée, la langue est bonne, les selles manquent depuis cinq jours. Pas de vomissements. Les urines sont d'une couleur foncée et paraissent un peu diminuées, par contre, la sueur est abondante, et le malade se trouve dans un état de moiteur constant qui le fatigue. Les organes des sens fonctionnent très-bien ; il n'y a d'autres troubles nerveux qu'une insomnie presque complète, depuis plusieurs nuits.

Depuis quelques jours, le malade éprouve des frissons, qui, unis à

l'empâtement, à la rougeur de l'articulation, doivent faire craindre la formation du pus dans l'articulation.

Le diagnostic n'était point difficile à porter, quant aux altérations que j'avais sous les yeux, mais il n'en était pas de même pour déterminer la nature de la maladie. Nous avions évidemment affaire à un état rhumatismal, mais cet état était-il simple ? Pouvait-on le séparer de la blennorrhagie, dont le malade nous assurait la guérison radicale, quelques jours avant l'apparition de l'arthrite du genou gauche.

Bien que l'arthrite blennorrhagique soit souvent mono-articulaire, cependant un grand nombre de faits de rhumatismes blennorrhagiques poly-articulaires ont été cités dans la science. Un symptôme plus important me ramenait à rapporter l'inflammation articulaire à la blennorrhagie : c'était la tendance évidente de l'inflammation à se terminer par la suppuration.

Le membre fut placé dans une gouttière pour maintenir son immobilité autant que possible. Un vésicatoire avait été placé deux jours auparavant sur le genou, il fut pansé avec du cérat, puis des cataplasmes furent appliqués sur le genou et la hanche droite.

A l'intérieur, on lui ordonna une alimentation légère et 5 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre le soir.

Le malade reposa quelques heures la nuit suivante, et le lendemain, déjà remis des fatigues du transport, il reprenait courage lorsque, dans la journée, il fut pris d'un frisson de longue durée, qui se reproduisit les jours suivants, à peu près à la même heure, et qui céda à l'emploi du sulfate de quinine.

Trois jours après la cessation de ces accès, l'état général paraissait s'améliorer un peu, mais la quantité de pus contenue dans l'articulation augmentait de telle façon qu'il fallait songer à l'évacuer. Deux ponctions furent faites à deux jours de distance, avec le trocart de Dieulafoy, et l'aspiration pratiquée à l'aide de la seringue. Chaque ponction donna issue à 400 grammes environ de pus épais et bien lié.

On fit ensuite, après l'évacuation, un badigeonnage avec la teinture d'iode et une sorte de compression.

Il fallut cependant, sous peu de jours, revenir encore à une nouvelle ponction, qui fut faite avec un trocart un peu plus gros ; mais je ne pouvais plus compter sur la ponction seule, et je pratiquai, à la suite de l'évacuation du pus, une injection iodée, dans la proportion d'un tiers de teinture d'iode pour deux tiers d'eau.

Ce nouveau traitement n'amena pas de résultat, le pus se repro-

duisit avec une très-grande rapidité, et je dus songer à un mode de traitement plus direct, plus dangereux peut-être, mais me permettant d'espérer la guérison alors que l'état général paraissait encore suffisamment bon, et que les autres articulations malades ne participaient pas au développement qu'avait pris le genou gauche.

Le 27 mars, par conséquent dix-sept jours après son entrée (dans la salle des malades payants), je chloroformise le malade et pratique deux larges incisions, ayant chacune 7 à 8 centimètres, sur l'articulation du genou gauche, l'une en dedans, l'autre en dehors. Il s'écoule aussitôt une grande quantité de pus, qui a conservé les caractères que j'ai déjà indiqués. Malgré les diverses opérations qui ont été pratiquées, il est blanc, épais et présente le produit d'une inflammation franche et de bonne nature. Je lave ensuite l'articulation à plusieurs reprises avec de l'eau tiède alcoolisée et phéniquée, que je fais pénétrer dans tous les sens à l'aide d'un irrigateur. Puis, trempant un pinceau dans la teinture d'iode allongée d'eau par moitié, je badigeonne toutes les parties articulaires sur lesquelles je puis arriver.

Cette petite opération n'est entravée par aucun accident, si ce n'est une petite hémorrhagie, qui m'oblige à placer deux ligatures.

Le membre étant à son tour nettoyé et lavé avec de l'eau contenant de l'acide phénique, je procède à l'application du bandage ouaté, qui occupe la totalité du membre inférieur et remonte jusqu'au-dessus de l'aine.

Le jour même, à la visite du soir, on ne constate aucune modification dans l'état antérieur du malade. Il n'y a aucune réaction. On a pu lui donner une alimentation légère et 8 centigrammes extrait thébaïque.

28 mars. — La nuit a été bonne, le malade a dormi. Le facies est meilleur, 84 pulsations. Le malade réclame de l'alimentation (demi-quart d'aliments, eau vineuse pour boisson).

29 et 30 mars. — L'amélioration se maintient, le malade trouve son régime insuffisant. Je lui ordonne la demi-portion le matin et le quart le soir.

Le mieux se continue et s'accentue de plus en plus jusqu'au 4 avril.

4 avril. — Ce jour-là des douleurs vagues apparaissent dans le membre gauche demeuré indolore depuis l'ouverture de l'articulation droite. Le malade se plaint d'une céphalalgie intense. Le pouls s'est élevé entre 104 et 108 pulsations. L'insomnie est revenue.

Ces symptômes fâcheux se dissipent promptement, et, le 7 avril, le malade est revenu à cet état de bien-être qui a suivi immédiate-

ment l'opération. D'autre part, les douleurs du membre n'ont pas paru réclamer le changement de pansement.

11 avril. — Des douleurs vives se sont manifestées dans la hanche droite, qui est le siége d'un empâtement très-manifeste. (On badigeonne l'articulation avec la teinture d'iode.) Teinture de semence de colchique. Demi-portion matin et soir.

12 avril (premier pansement). — Le gonflement du genou a complétement disparu. Le pus est demeuré très-épais, un peu verdâtre et très-peu abondant. Les deux incisions, surtout l'externe, sont déjà à moitié cicatrisées. Les bords n'en sont ni irréguliers, ni décollés, leur aspect est celui des plaies tendant à la cicatrisation.

On lave à l'eau phéniquée, et l'on applique de nouveau l'appareil ouaté. Le malade n'a témoigné aucune douleur pendant qne je lui ai appliqué ce nouveau pansement, bien qu'il ait fallu faire exécuter au membre quelques mouvements qui, antérieurement à l'opération, entraînaient de vives douleurs. A la suite de ce pansement, l'état demeure toujours satisfaisant. Le pouls oscille entre 80 et 100 pulsations, suivant les heures du jour où on l'examine, l'état général demeure très-bon, et l'on pourrait le considérer comme guéri, si ce n'étaient les douleurs vives qu'il ressent dans la hanche et le genou droits et qui témoignent dc la persistance de la maladie primitive.

2 mai. — L'appareil ouaté est enlevé et comme les plaies sont presque cicatrisées et ne laissent plus communiquer l'articulation avec le dehors, la ouate est remplacée par un pansement simple.

L'état rhumatismal persistant, je soumets la malade à l'usage d'une potion avec la propylamine.

L'appétit est très-bon, il mange les trois quarts de portion et prend chaque nuit 5 centigrammes d'extrait thébaïque sans lesquels le sommeil est impossible.

Je pourrais arrêter là l'observation, car elle contient tout ce que je voulais démontrer, soit la possibilité de l'ouverture d'une des grandes articulations et la guérison survenant sans aucune de ces complications terribles qui, dans quelques jours, entraînent la mort des malades.

Bien que j'aie dû, par mon changement de service, ne pas suivre le maladc jusqu'au terme de sa maladie, j'ai pu me procurer la fin de l' observation, qui offre encore un assez grand intérêt.

A dater du 12 mai, l'état général devient moins bon. La compression de la gouttière dans laquelle le membre gauche est contenu, entraîne, au niveau de la partie supérieure du genou, une ulcération qui met à nu la tubérosité externe du tibia.

Le 25 mai, on est obligé d'ouvrir un abcès de la cuisse droite, ayant la grosseur d'un œuf, placé à 10 centimètres au-dessous de l'articulation et ne communiquant pas avec elle.

Le genou droit est demeuré toujours douloureux, mais non tuméfié. La hanche droite, par contraire, présentait un foyer de suppuration qui assombrissait beaucoup le pronostic. Il fallut ouvrir le foyer à la partie supérieure et externe de la cuisse. Le malade devient alors en proie à une vraie diathèse purulente. Le genou gauche, qui avait paru guéri, se remplissait de nouveau de pus quand des escarres se présentèrent au sacrum. L'état général devint mauvais, et le malade succomba par l'abondance de la suppuration.

Malgré cette terminaison fatale, j'ai cru répondre à vos désirs en vous exposant les circonstances qui ont accompagné une large ouverture de l'articulation.

L'appareil ouaté me paraît présenter un avantage immense dans ces graves opérations, tant par la soustraction de l'action de l'air, que par la facilité avec laquelle on l'applique. Ce fut l'absence de toute complication inflammatoire à la suite de l'ouverture de l'articulation du genou qui m'engagea à conserver la main chez l'individu dont j'ai eu l'honneur de vous raconter l'histoire.

Il y a quelques mois qu'un fait à peu près semblable à celui que je viens de rapporter s'est présenté dans mon service de clinique.

Je reçus d'un service de médecine, un homme de soixante aus environ, qui était entré à l'hôpital pour une pneumonie à droite. Cet homme guérit de son inflammation de poitrine, et, quand il fut en convalescence, on vit survenir chez lui une arthrite des genoux, et après avoir tenté divers traitements, on fit passer le malade dans mes salles.

Cet homme portait une double arthrite, celle du genou gauche était caractérisée par un peu d'épanchement, mais celle du côté droit présentait un énorme développement de l'articulation. Le cul-de-sac supérieur avait été rompu, et l'abcès articulaire s'étendait dans la cuisse.

Cette arthrite consécutive à une phlegmasie pulmonaire, se terminant par suppuration, ne me laissait en perspective qu'un pronostic désastreux ; cependant il fallait laisser au malade toutes les chances qui se présentaient en sa faveur, quelque minimes qu'elles fussent. J'ouvris l'articulation du genou, par une double incision, l'une en dehors, l'autre en dedans. Un flot de pus s'écoula par la double incision, je fis un lavage complet de l'articulation, un badigeonnage à la

teinture d'iode; mais voulant prolonger le lavage et l'injection dans la cuisse, je trouvai qu'une sonde en gomme s'enfonçait tout entière dans la plaie sans en atteindre le fond. Le pus avait disséqué tous les muscles de la cuisse jusqu'à l'oschéon.

J'appliquai cependant un bandage ouaté, embrassant tout le membre inférieur et le laissai en place pendant quelques jours.

Mon malade éprouva du bien-être pendant tout ce temps, et quand je l'enlevai après quelques jours, je trouvai que l'articulation du genou était affaissée, qu'elle paraissait avoir perdu la communication avec l'abcès crural. Par conséquent, cette grande articulation avait été ouverte, et le malade ne s'est ressenti de cette opération qu'en bien.

L'abcès crural persistait, et quand, il y a quelques jours, je remis le service à mon collègue M. le professeur Coste, le pus était devenu séreux, de mauvaise nature, l'état général était devenu mauvais, et le malade a dû succomber quelques jours après. Ces deux faits sont les seuls dans lesquels j'ai agi ainsi; par conséquent, ils représentent, tant en bien qu'en mal, ce que j'ai à dire sur les larges ouvertures pratiquées aux grandes articulations transformées en collections purulentes.

Ma seconde observation se rapporte à une de ces lésions des grandes articulations, dont nous avons eu, dans ces dernières années, de trop nombreux exemples.

2° *Plaie de l'articulation du genou par arme à feu, extraction du corps étranger, guérison sans ankylose.*

M... âgé de dix-neuf ans, artiste peintre, est une des victimes de l'insurrection du 4 avril 1871.

Dans la matinée de ce jour, ce jeune homme voulut monter sur la terrasse de la maison où se trouvait son atelier, afin de mettre à l'abri des balles quelques toiles auxquelles il tenait, quand, au moment où il ouvrait la porte, une balle traversant le chambranle de cette porte vint le frapper à la partie externe du genou gauche et pénétra dans l'articulation.

Appelé auprès du blessé dans la matinée du 5 avril, je le trouve dans les conditions suivantes : plaie contuse circulaire occupant la partie externe de l'articulation du genou, évidemment produite par une balle. Les bords en sont mâchés et contus. Elle est située exactement dans cette région triangulaire, quand on ne considère que les parties osseuses, formée par le bord externe de la rotule, les condyles du fémur et du tibia au niveau de l'interligne articulaire. Il n'y a pas dans le point opposé d'ouverture de sortie, ni dans aucune autre

région. Un stylet introduit par cette ouverture, pénètre dans l'articulation du genou en passant au-dessous de la rotule, et, sans percevoir aucune dénudation osseuse, arrive sur la balle qui se trouve logée dans le point diamétralement opposé de l'articulation, c'est-à-dire dans la région interne.

Le stylet me fit percevoir que le corps étranger n'était pas libre dans l'articulation. Il avait dû intéresser une partie de la paroi iuterne, mais se trouvait placé beaucoup plus vers la surface articulaire que vers la peau, car on sentait entre la surfacc extérieure et le corps étranger une épaisseur assez considérable de tissus. Au moment où j'examinai le blessé, il n'y avait encore aucune apparence d'inflammation. Mes collègues Roberty et Seux voulurent bien m'assister auprès de ce malade, et ce fut en leur présence et avec leur assistance que je fis l'extraction de la balle.

Je fis une incision sur la face interne et inférieure du genou dans un point assez éloigné de celui où se trouvait la balle, voulant éviter une communication trop directe entre l'air extérieur et la cavité articulaire. Le trajet était assez long; aussi eus-je bien quelques difficultés pour extraire le projectile, mais cependant il fut complétement enlevé; c'était une balle cylindro-conique de chassepot.

La plaie fut ensuite réunie. Le membre fut placé dans l'immobilité absolue à l'aide d'une attelle que je fixai à la partie postérieure du membre, car je n'avais pas de gouttière à ma disposition. Une vessie remplie de glace fut ensuite placée sur toute l'articulation qu'elle enveloppait en avant et sur les faces interne et externe. Tout se passa chez mon malade dans les meilleurs termes, l'inflammation articulaire fut très-légère.

La glace fut maintenue sur le genou pendant seize jours.

La plaie externe, par où la balle était entrée, se détergea, les parties mortifiées se séparèrent des parties vivantes, qui prirent un aspect rosé : à la fin du mois la plaie était cicatrisée.

La plaie par laquelle j'avais extrait la balle parut d'abord se fermer, mais elle se rouvrit de nouveau et donna passage à des morceaux d'étoffe qui avaient été entraînés par la balle. Ces morceaux d'étoffe ne sortirent que peu à peu et retardèrent pendant plus d'un mois la guérison complète de mon malade.

A dater du second mois, mon jeune homme put marcher avec des béquilles, puis sans béquilles un mois après.

La guérison complète et le malade examiné longtemps après sa guérison, je pus constater qu'il n'y avait pas d'ankylose du genou, mais seulement un peu de gêne dans la flexion du membre.

SÉANCE DU 5 AOÛT 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine;

2° Le compte rendu des travaux de la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, depuis le 11 mai 1873 jusqu'au 10 mai 1874;

3° La *Revue médicale de Toulouse;*

4° Le *Marseille médical;*

5° Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique;*

6° Brochure intitulée : *La Société moderne et la Folie,* par Hubert Boens;

7° Une lettre de M. Gayet, relative à une question de priorité du procédé faisant l'objet d'une récente communication de M. Galezowki.

COMMUNICATION

M. PERRIN. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société le résumé de l'examen histologique de l'œil atteint de rétinite leucémique, dont j'ai entretenu la société dans sa séance du 22 avril 1874. Ce résumé est extrait d'un mémoire complet sur cette pièce, communiqué à la Société de biologie par M. Poncet, agrégé de l'école de médecine du Val-de-Grâce.

Anatomie pathologique d'une rétinite leucocythémique. — La leucocythémie a été constatée dans les reins et le foie sous la présence de tumeurs lymphoïdes à tissu réticulé par M. Kelsch.

Dans le globe oculaire, nous avons rencontré plus d'une centaine d'hémorrhagies occupant le segment postérieur; elles étaient ponctuées, mesuraient 1 millimètre et demi de diamètre et plus, et avaient presque toutes, dans leur partie centrale, un point blanc très-nettement accusé.

Le microscope a démontré qu'elles étaieut en très-grande partie composées de globules blancs.

Ces hémorrhagies de leucocytes ont lieu, soit en arrière de la lame criblée dans les intervalles cellulaires du nerf optique, soit dans la papille, dont elles augmentent le relief, soit l'épanouissement des fibres.

Elles siégent à la rétine : 1° sous la limitante interne, où elles amènent une irritation des cellules périphériques du corps vitré;

2° Dans l'épaisseur même des fibres du nerf optique, et surtout dans la gaîne adventice des vaisseaux ;

3° Sous la rétine, où elles occupent de préférence le point le plus mince de cette membrane, la *tache jaune.*

Les leucocythes furent, soit dans la direction des fibres du nerf optique, soit en longeant les fibres de Muller; les globules rouges descendent jusque dans les bandes des cellules sympathiques et des grains.

Le fait important dans cette rétinite, c'est l'intégrité absolue des éléments propres de la rétine : fibres du nerf, cellules sympathiques, grains et bâtonnets. Nulle part il n'y a prolifération du tissu cellulaire, ni altération variqueuse des fibres.

Quelques blocs colloïdes résultant des hémorrhagies se rencontrent seuls sous la limitante interne.

Les vaisseaux de la choroïde sont gorgés de globules blancs, mais ne présentent ni hémorrhagies, ni transsudation de leucocythes à travers leurs parois.

La diminution de l'acuité et de l'étendue de la vision doit être rapportée à une cause purement mécanique, aux hémorrhagies qui font écran; mais il n'y a pas altération des éléments propres de la rétine.

Les différentes descriptions ophthalmologiques données par les auteurs peuvent se rapporter : 1° à une première période de réplétion simple des vaisseaux par les leucocythes ; 2° à une deuxième période d'hémorrhagie; 3° enfin (et celle-ci n'est pas démontrée histologiquement jusqu'ici) à une troisième période de productions de petites tumeurs lymphoïdes, résultat de l'organisation des globules blancs épanchés (fait constaté par d'autres organes).

LECTURES

M. VERNEUIL continue la lecture de son travail sur *le Traitement des anévrysmes.*

M. DEMARQUAY lit la note suivante :

Du traitement de l'anévrysme poplité chez les vieillards. — Je serais heureux d'attirer un instant l'attention de la Société de chirurgie sur le traitement de l'anévrysme poplité.

Sans être absolument rare, on peut dire néanmoins qu'il n'est point commun. Dans une carrière chirurgicale déjà longue, je n'ai eu à traiter directement que trois malades. Deux de mes malades, étant des sujets adultes, ont parfaitement guéri, l'un par la ligature de l'artère fémorale à sa partie moyenne, avec l'aide de MM. Roux, Lenoir et Larrey, il y a de cela vingt ans. L'autre a été guéri par la compression digitale. Le troisième est actuellement en observation; chez lui, le mal est venu brusquement, acquérant tout de suite le volume d'un œuf de poule et supprimant toute circulation dans le membre affecté. Celui-ci devint le siége de vives douleurs et prit un aspect bleuâtre. On ne sentait les premiers jours aucun battement artériel, ni sur la tibiale antérieure, ni sur la postérieure; la sensibilité du membre à la piqûre était nulle dans certaines parties, obscure dans l'autre ; des phlictènes se formèrent à la partie interne du pied : nous crûmes un instant au sphacèle; mais, petit à petit, les douleurs cessèrent, la circulation se rétablit au moyen de la tibiale antérieure, le pied a repris à peu près son état normal. Toutefois la nutrition des ongles a tellement été modifiée qu'ils se détachent et paraissaient devoir tomber. Actuellement, la santé générale du malade, qui est un vieillard de soixante-neuf ans, est très-satisfaisante, elle avait été fort ébranlée par les douleurs du début.

Si, depuis que j'ai l'honneur d'être chirurgien des hôpitaux, je n'ai eu à soigner que trois cas d'anévrysme poplité, je dois ajouter que, durant le cours de mes études, j'ai vu un certain nombre de nos maîtres traiter cette maladie, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à Necker, soit à la Charité. A l'Hôtel-Dieu, j'ai vu M. Roux et M. Blandin, l'un et l'autre grands partisans de la ligature comme traitement général de l'anévrysme, lier sans succès la fémorale à sa partie moyenne comme moyen de traitement de l'anévrysme poplité. Les malades étaient âgés, ils avaient passé la soixantaine; je les vis tous mourir, ou de gangrène du membre, ou d'hémorrhagies consécutives. Ces faits m'impressionnèrent beaucoup; j'avais, sous ce rapport comme sous bien d'autres, accepté les idées de MM. Roux et Blandin sur les avantages de la ligature appliquée aux anévrysmes. Pendant que j'étais prosecteur, je vis M. Malgaigne appliquer un traitement d'un anévrysme poplité grave la ligature sans plus de succès, il fallut recourir

à l'amputation du membre, et le malade mourut. M. Velpeau, à la Charité, sur un malade âgé, affecté d'anévrysme poplité, crut devoir recourir à la flexion de la jambe sur la cuisse, ce mode de compression étant trop douloureux, insupportable pour le malade, il fallut y renoncer et recourir à une injection de perchlorure de fer au 30ᵉ; il survint des accidents graves et le malade succomba.

Enfin, je vis M. Lenoir, à Necker, aux prises avec un anévrysme poplité. Cet esprit si fin et si pénétrant n'avait point voulu recourir à la ligature, il crut devoir recourir à la flexion du membre. Celle-ci ne fut point supportée. Il recourut à une injection au perchlorure de fer. Son malade a succombé. Vous avez vu que le malade de M. Verneuil eut le même sort.

Vous le voyez, le nécrologe que je puis dresser au compte de l'anévrysme poplité est assez sérieux, j'aurais pu en augmenter ou en diminuer l'importance, suivant que je me serais mis en mesure de recueillir les faits favorables à une méthode déterminée de traitement. Ce que je veux prouver tout d'abord, c'est que l'anévrysme poplité est une maladie grave et qui amène la mort quel que soit le mode de traitement mis en usage, et qui est d'autant plus grave que les individus sont plus âgés. Nos deux premiers malades, qui ont très-bien guéris, étaient des hommes dans la force de l'âge. Les autres, que j'ai vu mourir, étaient tous âgés, de sorte que je suis en droit de me demander quelle opération on doit appliquer aux malades âgés affectés d'anévrysme poplité, et si même on doit en appliquer une. Un malade qui est arrivé à la limite de la vie peut vivre longtemps encore, condamné au repos, il est vrai, mais le repos pour le vieillard est presque son état naturel; on a chance de prolonger l'existence du patient et de le voir succomber à une autre maladie; dût-il même succomber à sa maladie, sa mort ne sera point plus triste pour lui et pour les siens que si on le soumet à une opération grave, dont les suites devront entraîner la mort. Dans ce cas même, la mort sera plus douce, moins attendue et moins redoutée. Ces réflexions, je les fais sans cesse au sujet du malade que j'ai sous les yeux. En songeant à tous les malades que j'ai vu mourir et en tenant compte des artères de mon malade, qui sont dures et athéromateuses, j'éloigne tout naturellement toute idée de ligature, il est bien évident que l'artère ne résisterait point au fil, et qu'en raison de la forte impulsion du cœur, qui se fait si puissamment sentir dans l'anévrysme, il surviendrait, au bout de peu de jours, une hémorrhagie secondaire grave; d'ailleurs, en admettant que l'artère résiste au fil qui viendrait l'étreindre, qui nous dit que les artères collatérales seraient suffisantes au

rétablissement de la circulation collatérale. Or, chez mon malade, on ne sent ni la tibiale postérieure ni la péronière. Pour ces raisons, je repousse l'idée de toute ligature.

En effet, il ne suffit point d'avoir reconnu sur un malade un anévrysme poplité et d'avoir constaté que tout battement cesse dans la tumeur, pour être autorisé à pratiquer la ligature; il y a des conditions anatomiques dont nos maîtres n'étaient peut-être point assez préoccupés : il faut avant tout tenir compte de l'âge des artères, celles-ci peuvent être de beaucoup plus âgées que celui qui les porte; il y a encore un fait capital, et que j'avais bien étudié sur mes deux premiers malades, je veux parler de la circulation collatérale, quand on a comprimé l'artère; il ne suffit point d'avoir constaté la cessation de tout battement dans l'anévrysme, il faut maintenir la compression assez longtemps pour étudier les conditions physiologiques du membre eomprimé, savoir en un mot si la circulation continue, ce dont vous vous assurerez par l'absence de toute douleur, par la teinte naturelle du membre et par la conservation de la température du membre. Si le sang n'arrive point ou s'il arrive mal dans les parties sous-anévrysmatiques, le malade souffre, l'innervation se fait mal, et la compression ne peut être supportée. Ces conditions, je ne les avais point vues suffisamment étudiées par les maîtres que j'avais pris pour guides, je les étudiai avec soin sur mes trois malades affectés d'anévrysme poplité, et je ne suis déterminé à agir que lorsque les conditions physiologiques me paraissent favorables. Il ne suffit donc point d'avoir constaté sur un sujet adulte qu'il existe un anévrysme poplité pour se décider à agir, il faut encore savoir si le système artériel auquel la circulation collatérale va être confiée, pour être certain que la circulation centrale du membre peut être interrompue. Nous savons tous combien, en raison du volume du membre inférieur et du diamètre de l'artère fémorale, les éléments de la circulation collatérale sont limités, chez l'adulte dont les artères ont conservé leur souplesse et leur dilatabilité. Qu'adviendra-t-il chez le vieillard dont les plus petites artères sont athéromateuses? Evidemment, dans ces conditions, le vieillard auquel on a lié la fémorale est menacé de deux choses : 1° du sphacèle du membre avec des douleurs intolérables; 2° l'hémorrhagie secondaire, qui se reproduit, quoi qu'on fasse, jusqu'à la mort de l'opéré.

Pour toutes les raisons que je viens exposer, je rejette, chez les vieillards dont le système artériel est profondément altéré, toute ligature artérielle capitale, comme celle de la fémorale à sa partie moyenne, suivant la méthode d'Anel, comme mode de traitement de

l'anévrysme poplité ; c'est dire implicitement que je rejette à plus forte raison la méthode ancienne, à moins de circonstances que j'indiquerai plus tard.

Maintenant, voyons si le chirurgien est autorisé à recourir chez les vieillards à la flexion exagérée du membre comme mode de traitement. Cette façon de faire n'est autre chose qu'une compression exercée directement sur l'anévrysme ; si celui-ci est volumineux, et si la nature n'a point organisé de coagulum intérieur, cette compression aura pour résultat de chasser le sang de la poche anévrysmale et de suspendre toute circulation dans l'intérieur de celle-ci. Ajoutez à cela que la pression de la partie postérieure de la jambe sur la partie postérieure de la cuisse aura pour résultat de suspendre presque toute circulation collatérale, les éléments de celle-ci étant surtout à la partie postérieure, de sorte que vous agirez contre le but que vous vous proposez. Vous voulez provoquer la formation d'un caillot dans l'intérieur de l'auévrysme, et vous en chassez le sang, et vous supprimez la eirculation collatérale, ce qui est une cause de souffrance pour le malade, d'où il résulte que beaucoup ne peuvent point supporter le mode de compression.

Si, au contraire, l'anévrysme est volumineux, si des stratifications se sont formées dans son intérieur, et si surtout les parois de la tumeur sont faibles sur un point, vous pouvez, par ce mode de compression dont vous ne connaissez point la puissance, amener une rupture de l'anévrysme et provoquer une infiltration sanguine du membre inférieur, ce qui vous obligera à pratiquer sur un vieillard une amputation de cuisse, dont la gravité est reconnue de tout le monde. Pour toutes ces raisons, tout en reconnaissant les services que peut rendre, chez les individus jeunes et affectés d'anévrysmes peu volumineux, ce mode de compression, je l'éloigne de ma pratique quand il s'agit de l'appliquer à un vieillard.

Je ferai remarquer, d'ailleurs, que je l'ai vu échouer entre les mains de M. Velpeau et de Lenoir. M. Verneuil n'a point été plus heureux que ces deux éminents praticiens. Ainsi que je l'ai dit en commençant cette note, l'échec éprouvé par MM. Velpeau et Lenoir dans la compression directe de l'anévrysme par la flexion d'un membre les conduisit, comme M. Verneuil, à pratiquer une injection de perchlorure de fer dont le résultat fut la mort du malade. Je n'ai pas assisté à l'opération de M. Verneuil et ne puis en parler que pour affirmer que l'opération a été très-bien faite, comme elle le fût à la Charité et à Necker ; mais, en l'entendant parler de l'injection de perchlorure de fer dans un anévrysme poplité, j'ai pensé tout de suite

que son malade aurait le sort des deux autres. J'ai beaucoup étudié le perchlorure de fer et j'en ai fait un grand usage dans le traitement des tumeurs érectiles bien circonscrites avec un grand succès ; je m'en suis servi aussi dans le traitement de petits anévrysmes à la main, par exemple, quand l'isolement de la partie dans laquelle on l'injecte est facile et qu'il existe une circulation collatérale puissante. Dans ces cas, le perchlorure agit de deux façons : il coagule les éléments sanguins qu'il rencontre en petite quantité, et, de plus, il irrite, il enflamme les vaisseaux capillaires au contact desquels il se trouve, et surtout la surface interne du vaisseau où il a pénétré. Si dans votre opératiou vous n'avez point injecté une trop forte proportion de perchlorure de fer, les choses se passent à merveille, et vos malades guérissent ; mais que se passe-t-il dans une poche anévrysmatique du creux poplité, dans laquelle vous avez arrêté la circulation par une compression faite au-dessus et au-dessous de la tumeur, et dans laquelle vous injectez du perchlorure de fer. Va-t-il se former un coagulum plastique adhérent à la surface du vaisseau malade, et ce coagulum va-t-il suspendre la circulation plus ou moins complétement dans le vaisseau? Évidemment non; il va se passer dans l'anévrysme ce qui se passe dans un verre, où vous avez mis du sang, il se formera une combinaison chimique avec les éléments du sang et le perchlorure de fer, une espèce de magma noirâtre dont les éléments seront sans cohésion. Quand vous aurez laissé le sang revenir dans l'anévrysme, ces divers éléments seront emportés dans la circulation, au risque de produire de graves embolies dans les artères tibiales antérieure et postérieure, et il ne restera plus dans l'anévrysme que l'inflammation causée par l'injection du perchlorure de fer, inflammation qui a amené la mort chez deux malades que j'ai vu opérer. Ces considérations font que j'éloigne de mon esprit toute idée de pratiquer une injection de perchlorure de fer dans l'anévrysme du vieillard que j'ai actuellement sous les yeux.

Toutefois, parmi les modes de traitement appliqués à l'anévrysme, il en est un auquel on peut recourir sans inconvénient, attendu que l'on en suit les effets et que l'on peut en suspendre l'action quand on veut, je veux parler de la compression digitale bien faite. Si, en effet, cette compression est bien supportée, si elle ne cause pas de douleurs vives dans le membre, c'est une preuve que la circulation collatérale se fait bien ; dans ce cas, elle peut être maintenue pendant un certain temps. Si, au contraire, elle est douloureuse et ne peut être supportée, on l'abandonne pour y revenir plus tard; et si enfin elle est intolérable, on y renonce définitivement.

Si cela m'arrive, je me bornerai alors à faire faire un appareil contentif bien souple, bien élastique, pour soutenir l'anévrysme et l'empêcher de prendre un trop grand développement, et je condamnerai mon malade au repos. Sans doute, je n'aurai point guéri mon malade, mais je ne l'aurai point non plus condamné à une mort douloureuse, il pourra vivre ainsi peut-être longtemps, aussi longtemps que peuvent vivre les vieillards qui ont un anévrysme et souvent l'arbre artériel gravement malade. Mais il peut se faire que l'anévrysme de mon malade se développe et qu'il finisse par menacer de se rompre. Avant d'arriver à cet état extrême, forcément les collatérales se sont développées, la circulation en retour se fixe mieux et si, finalement, je me trouvais réduit à l'alternative d'une amputation de la cuisse, ou de traiter directement l'anévrysme, je proposerai dans ce cas, après avoir fait l'ischémie avec soin, d'ouvrir le sac et de lier l'artère malade au-dessus et au-dessous, comme le faisaient les anciens. L'opération ne réussirait peut-être pas mieux que l'amputation de la cuisse, mais elle serait moins effrayante pour le malade.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. M. Demarquay discute le principe de l'intervention et de la non-intervention. Il faudrait, pour être fixé, des statistiques bien faites. On a guéri des anévrysmes chez des gens âgés, et je me rappelle un vieil Espagnol très-débilité qui a guéri par la compression digitale.

M. Demarquay craint qu'à cet âge l'état des vaisseaux ne permette point la circulation de retour par les collatérales, et que l'ischémie ne se métamorphose en gangrène. Je crois que c'est aller un peu loin, et j'estime que, tout en faisant chez les vieillards le pronostic plus grave, il faut y regarder à deux fois avant de déclarer ces malades inopérables. Quant à celui de mes malades auquel fait allusion M. Demarquay, et chez lequel l'injection iodo-tanique a échoué, je suis persuadé que si j'avais pu produire chez lui un caillot solide à l'aide du perchlorure de fer, le malade aurait pu guérir, convaincu par expérience que l'embolie n'est point une conséquence fatale de l'injection coagulante, et que l'embolie elle-même est loin d'être toujours mortelle.

M. DEMARQUAY. Je me suis mal fait comprendre. J'ai voulu dire que je réservais pour le traitement de l'anévrysme des vieillards les procédés de douceur. C'est ainsi que, rejetant la ligature, la compression directe et l'injection dans les anévrysmes volumineux, je

donne la préférence à la compression digitale intermittente, et si j'avais la main forcée, je recourrais à la méthode ancienne. Je ne dis pas que mes opinions à cet égard ne fussent susceptibles de se modifier en présence d'une statistique impartiale et favorable ; mais jusque-là je m'abstiens.

M. PANAS. Je suis convaincu de la valeur à peu près nulle de l'injection iodo-tanique; je l'ai employée dans le traitement des varices, et je n'ai obtenu que des caillots mous et sans consistance. Ce liquide est, de plus, irritant et détermine facilement la phlébite; j'y ai absolument renoncé.

M. DUBRUEIL. J'ai vu, il y a déjà longtemps, M. Maisonneuve employer le liquide iodo-tanique dans le traitement des varices. Il y a renoncé à cause de la phlébite qu'il déterminait souvent.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 12 AOÛT 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DUBRUEIL. Je me demande si, dans son très-remarquable travail sur le traitement des anévrysmes et des plaies artérielles, M. Verneuil n'a pas un peu trop déprimé la compression au bénéfice de la ligature. Je crois que la compression vaut mieux qu'il ne l'a dit, surtout si on la pratique non pas incomplétement, comme on le fait souvent, mais comme elle est décrite par Grisolle, c'est-à-dire à l'aide d'un petit globe de bande placé sur le trajet du vaisseau à com-

primer et assujetti par un bandage roulé. M. Verneuil a soulevé une question fort importante; je veux parler des plaies de l'arcade palmaire. Si l'on pratique la ligature, on est forcé de faire un délabrement considérable, et un phlegmon diffus est à craindre. Aussi Robert a-t-il conseillé dans ce cas la ligature de l'humérale au-dessus de la naissance de l'humérale profonde. J'ai vu employer ce procédé par Jarjavay avec un plein succès; j'ai, du reste, fait une série d'expériences à ce sujet sur le cadavre. J'ouvrais, sur chacun des membres supérieurs d'un sujet, les arcades palmaires, et j'injectais, à l'aide d'un liquide non coagulable, les artères sous-clavières correspondantes, après avoir préalablement lié d'un côté les deux artères de l'avant-bras, l'humérale, l'axillaire, et de l'autre placé une simple ligature sur l'humérale, au-dessus de la naissance de la profonde. L'injection passait par les arcades palmaires, dans le premier cas, et se trouvait arrêtée dans le second.

M. LÉON LE FORT. Je m'associe à quelques-unes des observations que vient de faire M. Dubrueil, du moins pour ce qui concerne les plaies de la paume de la main. Si la règle générale est de lier toutes les fois que cela est possible les bouts de l'artère blessée, cette règle n'est quelquefois applicable qu'en faisant de larges débridements pour trouver les bouts du vaisseau. Dans ces cas, je crois qu'on peut, après avoir lié le bout de l'artère qui donne du sang, tenter la compression directe plutôt que de faire de larges débridements. Quelquefois, rarement je le reconnais, la compression réussit à empêcher de nouvelles hémorrhagies, et bien que ces hémorrhagies présentent des dangers incontestables, le danger des débridements est assez grand, au point de vue des fonctions de la main, pour qu'il vaille mieux souvent, dans les cas d'hémorrhagies secondaires, recourir à la cautérisation actuelle de la plaie et à la ligature de l'humérale, plutôt qu'à des débridements qui ouvrent les gaînes des tendons et peuvent amener des phlegmons très-graves.

M. DESPRÈS. En entendant M. Verneuil dire qu'il fallait lier les artères blessées dans les plaies avant d'employer tout autre moyen, l'applaudissais tacitement, car, depuis quelques années, la thèse de M. Martin et un article de dictionnaire dû à M. Pozzi, relatif aux plaies de l'artère radiale, ont cherché à établir que la ligature de l'humérale au bras ou la compression dans la plaie valait mieux que la ligature des deux bouts du vaisseau blessé dans la plaie d'après le précepte de Boyer. Des faits ont été cités, et je n'hésite pas à dire que ce sont des faits exceptionnels. Les chirurgiens, en effet, lorsqu'ils guérissent une plaie des artères de l'avant-bras par la liga-

ture des deux bouts des vaisseaux, ne publient pas les observations à cause de leur simplicité, de là les faits extraordinaires tels que ceux qui servent de preuves aux auteurs que j'ai cités. Il ne faudrait pas se laisser séduire par ces travaux. Rien ne vaut mieux que la ligature des deux bouts pour une plaie des artères de l'avant-bras et de la main, que la plaie soit récente ou ancienne. J'ai employé quatre fois ce traitement, et la guérison a toujours été régulièrement obtenue sans accidents.

Pour ce qui est des plaies de l'arcade palmaire, je rappellerai un fait inédit que j'ai observé dans le service de Nélaton. Il s'agissait d'une plaie du premier espace interdigital par un morceau de verre, l'arcade palmaire profonde avait été blessée. Dix-sept hémorrhagies ont eu lieu pendant que l'on employait tous les moyens de compression. Enfin Nélaton eut recours à la ligature après débridement de la plaie du tégument, qui était en voie de réparation ; il lia les deux bouts du vaisseau, et le malade guérit.

M. TILLAUX. Je partage l'avis émis par M. Verneuil et par M. Desprès, et je crois que le véritable précepte à formuler est le suivant : Étant donnée une hémorrhagie artérielle quelconque, on doit s'efforcer de lier les deux bouts. La compression réussit quelquefois, mais échoue souvent. La ligature des deux bouts de l'artère lésée ne manque jamais.

M. GUYON. Je partage entièrement l'avis de ceux de mes collègues qui veulent que la règle du traitement de toute hémorrhagie artérielle soit d'appliquer la ligature. Je n'insiste pas sur une opinion qui me paraît rallier la presque unanimité dans la société. Je veux seulement relever un des arguments de notre collègue M. Le Fort, et dire que la recherche des deux bouts d'une artère au poignet ou à la paume de la main n'est pas aussi pénible qu'il vient de l'indiquer.

J'ai pu dernièrement, dans mon service de l'hôpital Necker, aisément lier le bout inférieur de la cubitale dans un cas de plaie du poignet. Le bout supérieur avait été lié primitivement, mais l'on n'avait pu trouver le bout inférieur, et deux hémorrhagies s'étaient produites malgré la compression. J'ai mis en œuvre un procédé que j'ai souvent démontré et exécuté à l'amphithéâtre, et qui repose sur la connaissance exacte d'une petite région anatomique, que j'ai décrite il y a plusieurs années. Immédiatement en dehors du pisiforme, le nerf et l'artère cubitale sont renfermés dans une loge fibreuse, qui contient aussi un peloton graisseux.

En incisant la peau le long du pisiforme, immédiatement en dehors

de la saillie de ce petit os, en sectionnant ensuite le feuillet aponévrotique qui se présente, on tombe sur la boule graisseuse, on l'écarte, et l'on trouve l'artère. La malade à laquelle j'ai pratiqué cette opération a très-simplement guéri.

Il en a été de même d'un jeune officier blessé à la paume de la main par une balle de chassepot. C'était pendant les plus mauvais jours du siége. Vers le neuvième jour, survinrent des hémorrhagies secondaires très-inquiétantes; elles étaient fournies par les arcades palmaires. Malgré l'état phlegmoneux, j'incisai largement, je liai largement dans la paume de la main quatre bouts artériels ; tout marcha dès lors vers la guérison. Je me permettrai à ce propos de rappeler que la ligne transversale que l'on tire à travers la paume de la main, en prenant pour point de répère la base du pouce étendu dans l'abduction, donne la direction de l'arcade superficielle. J'avais bien souvent exécuté cette opération à l'Ecole pratique lorsque M. Bœckel fit connaître la valeur de ce point de répère. Je n'ai aucune réclamation de priorité à exercer à l'égard d'un procédé opératoire que je n'ai pas publié; sa valeur et son utiiité ont été mises en lumière par notre distingué collègue de Strasbourg; mais le fait que je viens de résumer me paraît démontrer que, dans les cas les plus défavorables, il est possible et même relativement facile d'opposer à l'hémorrhagie une ressource des plus certaines. La ligature dans la plaie est à la fois le meilleur moyen de couper court aux pertes de sang et d'éviter les phlegmasies profondes de la main et de l'avant-bras.

M. PAULET. Je m'associe pleinement à l'opinion que viennent de défendre nos collègues. Le précepte de la ligature des deux bouts d'une artère divisée est absolument immuable. J'ai toujours vu ces opérations être couronnées d'un plein succès. Aussi est-ce la pratique que j'ai toujours suivie. Une seule fois, je me rappelle n'avoir pu parvenir à lier l'artère à cause de l'attriction profonde des tissus; et j'eus alors recours à la compression directe.

M. MARJOLIN. Comme M. Paulet vient de le préciser d'une manière fort nette, il y a des cas où l'attrition des tissus rend la ligature impossible, en ce sens qu'un fil posé sur un vaisseau ainsi altéré en opérerait très-certainement la section. Dans certains cas de plaies de l'arcade palmaire, j'ai obtenu de bons résultats de la compression pratiquée par des enfants que j'avais dressés à cet effet. Je serais partisan dans les cas récents et faciles de la ligature des deux bouts, réservant la compression comme je l'ai fait exécuter pour les cas difficiles et déjà anciens. Cette question est du reste parfois de la plus

grande difficulté, et je me rappelle avoir vu Blandin après une série de ligatures dans un cas de blessure de la paume de la main, terminer par la désarticulation de l'épaule, et perdre son malade d'hémorrhagie.

M. MAURICE PERRIN. Je me joins à mes collègues pour condamner la pratique conseillée par M. Le Fort, dans le traitement des plaies artérielles primitives ou consécutives de la paume de la main, et de l'avant-bras. Recourir en pareils cas à la ligature de l'humérale, c'est dépasser de beaucoup le but et pratiquer une opération qui ne laisse pas que d'être grave tant au point de vue de ses effets immédiats que de ses suites. Employer la compression, c'est s'exposer à des fréquents insuccès, à des hémorrhagies réitérées et, dans d'autres cas, à de graves accidents. Dans trois circonstances, j'ai eu l'occasion de voir la compression employée contre une hémorrhagie artérielle occasionner en vingt-quatre heures une gangrène de tout le membre qui se termina par la mort. Une première fois il s'agissait d'une plaie artérielle de l'avant-bras; une deuxième fois, d'une blessure de la tibiale postérieure par le chirurgien chez un enfant, pendant la section du tendon d'Achille; une troisième fois chez un de nos distingués collègues de l'armée qui eut l'artère poplitée traversée par une balle lors de la dernière insurrection pendant le siége de Paris. La compression sur la plaie et sur la partie supérieure du membre suffit à amener la gangrène de toute la cuisse en quarante-huit heures et, deux jours après, la mort de notre malheureux camarade.

Les motifs que fait valoir M. Le Fort pour conseiller la compression dans les plaies artérielles de la paume de la main, c'est la difficulté de trouver les bouts du vaisseau et le danger de léser des cordes nerveuses et d'ouvrir des coulisses tendineuses. J'ai eu assez fréquemment, une dizaine de fois si mes souvenirs me serveut bien, l'occasion de traiter des hémorrhagies, soit primitives, soit consécutives de l'extrémité inférieure de l'avant-bras et des arcades palmaires. Je puis affirmer que je n'ai jamais rencontré d'aussi grandes difficultés que semble le redouter notre collègue, ni provoqué d'accidents appréciables.

Lorsque la plaie artérielle est récente, la ligature est même facile quel que soit l'état d'infiltration du tissu cellulaire ambiant. J'ai eu l'occasion de le constater récemment encore chez un élève de l'École polytechnique près duquel je fus appelé par mon collègue et ami le médecin principal Fuzier.

Cet élève avait une plaie contuse située au côté interne de l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche; l'artère cubitale était divisée

ainsi que le tendon du cubital; toute la région était gorgée de sang infiltré sous l'action d'une compression.

Les deux bouts du vaisseau lésé furent isolés et liés avec la plus grande facilité.

Lorsque l'hémorrhagie se produit secondairement dans un foyer de suppuration au milieu de tissus ramollis, sanieux, transformés en un magma noirâtre par le perchlorure et dont les rapports anatomiques sont confondus, la recherche du vaisseau est plus laborieuse, plus longue. Mais, en pratiquant des incisions suffisantes suivant la direction connue des artères en s'écartant suffisamment du foyer putrilagineux, en y mettant un temps suffisant on arrive également au but.

Le danger de léser les coulisses tendineuses dans les cas de ce genre, danger sur lequel insistait M. Le Fort, me paraît être une préoccupation théorique. Car ces coulisses sont nécessairement ouvertes, enflammées, avant l'intervention du chirurgien; celle-ci devient dès lors inoffensive, si même elle ne représente pas un débridement salutaire.

Pour me résumer sur ce point si important de la pratique, je considère comme un précepte absolu l'obligation de lier directement les artères ouvertes, soit primitivement, soit consécutivement, toutes les fois qu'elles sont accessibles. Ce n'est que dans les cas tout à fait exceptionnels, lorsque la recherche du vaisseau aura été infructueuse, que l'on sera autorisé à faire autre chose.

C'est assez dire que je considère la compression comme un moyen de traitement infidèle ou dangereux: elle doit être acceptée comme une ressource tout à fait provisoire. Il importe que la Société de chirurgie soit très-affirmative sur ce point, parce que la compression n'a déjà que trop d'adeptes dans la pratique usuelle et ne sert que trop souvent de refuge aux abstentions déguisées.

M. LÉON LE FORT. J'ai redemandé la parole pour préciser le débat, car nous discutons quelques points sur lesquels nous sommes tous d'accord.

D'abord, il ne saurait être question des artères de l'avant-bras audessus du poignet. Qu'il s'agisse d'hémorrhagie primitive ou secondaire, il faut faire la ligature des deux bouts, même s'il faut, pour les mettre à découvert, pratiquer de larges débridements. Ici l'on n'a pas à ouvrir de gaînes tendineuses comme à la main, une grande incision n'offe guère d'inconvénients: la discussion ne saurait donc porter sur ce point.

Dans les hémorrhagies primitives de la paume de la main, je

blâme autant que personne l'abus de la compression, moyen très-infidèle qui peut réussir, mais qui échoue le plus souvent, et qui, s'il échoue, amène des hémorrhagies secondaires. C'est un procédé peu chirurgical, mais, il est vrai, à la portée de tout le monde, et, dans bien des cas où on l'a malheureusement employé, il eût été facile de lier les deux bouts de l'artère blessée, sur ce point comme sur le précédent nous sommes d'accord.

Mais, lorsque pour trouver les deux bouts de l'artère, surtout lorsqu'il s'agit de l'arcade palmaire profonde, il serait nécessaire de faire de larges débridements, d'ouvrir les gaînes des fléchisseurs, de courir les risques d'un phlegmon et de la perte des mouvements des doigts, je crois que, dans ces cas, la règle comporte des exceptions. Je crois qu'on peut tenter (après avoir lié celui des deux bouts qui donne du sang et qu'on trouve en général assez facilement dans une plaie récente) la compression directe et la compression sur la radiale et la cubitale, après avoir, comme je l'ai conseillé, cautérisé le fond de la plaie avec un fer rouge de forme appropriée.

Dans les hémorrhagies secondaires je suis plus affirmatif. Dans ces cas, le changement de forme, de volume, de couleur des parties, par suite de l'inflammation, rend quelquefois la découverte des bouts de l'artère très-difficile et quelquefois impossible, à moins de pousser les débridements très-loin, et même pourra-t-on encore ne pas trouver le vaisseau.

Dans ces cas exceptionnels, si après avoir recherché les bouts de l'artère, ce qui est toujours la première règle à suivre, on ne les trouve pas, et que la question des larges débridements se présente, je pense qu'il est préférable de lier l'humérale, après avoir cautérisé au fer rouge l'anévrysme ou la plaie, au fond de laquelle se fait l'hémorrhagie.

M. Desprès cite la thèse de M. Martin et nous dit que l'on a rassemblé des faits choisis ; c'est une erreur : la thèse de M. Martin, un de mes anciens internes et des meilleurs, a été faite sous mon inspiration, elle renferme tous les cas que M. Martin a pu trouver dans les recueils scientifiques, et ils dépassent une centaine.

Il y a longtemps que, dans des conversations particulières, je discute avec M. Verneuil cette question de thérapeutique, je ne partage pas son avis.

M. Verneuil pose comme règle la ligature quand même dans la plaie, dût-on pour cela faire d'énormes débridements ; je soutiens, pour ma part, qu'on ne peut pas toujours être sûr qu'on trouvera les deux bouts du vaisseau dans une plaie enflammée, et, que dans cer-

tains cas, il est préférable de s'arrêter dans les débridements, de cautériser la plaie et de lier l'humérale. M. Verneuil nous parle des dangers de la gangrène après cette ligature, de sa fréquence même: j'ai pris la peine de relever un grand nombre de cas de ligature, et pour ce qui regarde la ligature de l'humérale dans ces circonstances, je nie que les faits permettent de la dire dangereuse, et je prétends qu'il y a plus de danger proche ou éloigné (sous le rapport de l'utilité de la main), à poser comme règle absolue constante la ligature dans la plaie et les débridements quand même.

M. VERNEUIL. Si les préceptes que je recommande ont été combattus comme trop absolus par MM. Dubrueil et Le Fort, ils ont été défeudus, par les derniers orateurs que vous venez d'entendre, de façon telle que la majorité leur reste complétement acquise.

Toutefois la discussion étaut ajournée et non close, je n'hésite pas à lui offrir pour base quelques propositions formelles qui résument mes opinions.

Tout le monde paraissant d'accord sur la conduite à suivre pour les plaies des artères de l'avant-bras, et la ligature des deux bouts étant indiquée à toutes les époques, je ne m'occuperai que des plaies des arcades palmaires.

A propos de celles-ci, j'avance :

1° Qu'en cas de blessures récentes, la compression est un moyen infidèle, le plus souvent inefficace, parfois dangereux, à cause des inflammations phlegmoneuses qu'elle provoque trop souvent.

2° Que la ligature dans la plaie est généralement facile, exigeant plus de patience que d'habileté véritable; qu'elle donne les meilleurs résultats et simplifie plutôt qu'elle n'aggrave la plaie palmaire.

3° Que, s'il s'agit de blessures déjà anciennes avec hémorrhagies secondaires et successives inflammatoires du foyer traumatique et de ses environs, tuméfaction et suppuration, la compression directe est inapplicable, iusupportable et inutile. La compression indirecte généralement insuffisante.

4° Que la ligature des deux bouts dans la plaie, bien que laborieuse et réellement difficile, peut d'ordinaire s'effectuer. Que la crainte de la friabilité des artères est illusoire. Que les débridements nécessaires, pourvu qu'ils soient faits prudemment et d'après les bonnes notions anatomiques, sont moins compromettants qu'on ne le dit pour les fonctions ultérieures de la main; qu'en revanche, ils modifient favorablement la marche et la terminaison du phlegmon palmaire. Qu'enfin, cette ligature indirecte, mieux que toute autre méthode, met un terme aux hémorrhagies.

5° Que la ligature indirecte, appliquée sur les artères de l'avant-bras, est facile, mais rarement couronnée de succès.

6° Que les ligatures à distance de l'humérale ou de l'axillaire, outre qu'elles ne sont ni d'une exécution si facile, ni d'une innocuité absolue, sont loin d'arrêter sûrement les hémorrhagies et de mettre un terme aux complications inflammatoires survenues du côté de la plaie.

Il est bien entendu que ces propositions peuvent être contredites par quelques faits isolés, mais elles n'en restent pas moins, à mes yeux, l'expression générale de la meilleure pratique.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. LABBÉ présente un enfant âgé d'une quinzaine de jours, présentant une absence congénitale de rotules compliquée d'un talus double et d'une distorsion des jambes en dehors.

La plupart des membres de la société conseillent l'abstention en ce cas, au moins jusqu'à ce que cet enfant ait atteint l'âge d'un an, à l'exception de M. Demarquay, qui propose de lui couper le tendon d'Achille et de le placer dans un appareil inamovible.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1874.

Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine publiés depuis le 15 août dernier.

Rapport sur l'épidémie du choléra qui a sévi à Paris en 1873, par M. le docteur Jules Worms.

Mémoire sur la ligature de l'artère iliaque primitive, par le docteur Antonio-Maria Barbosa (de Lisbonne).

M. HEURTAUX (de Nantes), membre correspondant, adresse un travail imprimé sur *les Kystes*.

M. DELORE, membre correspondant à Lyon, adresse un travail imprimé : *Étude de la circulation maternelle dans le placenta*.

M. FAUCON, membre correspondant à Amiens, adresse un travail imprimé : *De la mortalité des enfants du premier âge à Amiens*.

M. DUBRUEIL, membre titulaire fait hommage de ses *Leçons sur l'orthopédie*.

M. GROSS (de Nancy) adresse un travail imprimé : *Sur le traitement des hémorrhagies secondaires dans les blessures des arcades palmaires*.

M. DE SAINT-GERMAIN, secrétaire annuel, dépose sur le bureau le 3e fascicule du Bulletin de la Société de chirurgie pendant l'année 1874.

PRIX DUVAL

M. le docteur Roustau, interne des hôpitaux de Montpellier, adresse deux exemplaires de sa thèse : *Traitement, par la lumière, des maladies des yeux et en particulier de l'héméralopie*.

M. le docteur Gripat, interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse : *Du syphon vésical dans le traitement des fistules urinaires par la sonde à demeure*.

COMMUNICATION

M. DUPLAY fait la communication suivante :

Fragment d'os arrêté dans l'œsophage. — Absence de signes certains de la présence de ce corps étranger. — Mort de pleuro-pneumonie. — Observation suivie de quelques remarques sur le diagnoctic et le traitement de certains corps étrangers de l'œsophage. — Application d'un nouvel instrument destiné à faire connaître exactement la présence et le siége de ces corps. — Un homme de soixante-deux ans entre le 25 septembre dans le service de l'hôpital Saint-Antoine, prétendant avoir avalé, la veille, un os de bœuf en buvant du bouillon à la cuiller. Il ne peut nous fournir aucun renseignement sur le volume ou la forme de cet os. Quelques heures après

l'accident, on lui fit prendre un vomitif qui détermina plusieurs vomissements et plusieurs garde-robes, sans que le corps étranger ait été retrouvé dans les déjections. Le malade se plaint à son entrée d'une douleur derrière le sternum, irradiant vers le dos. La déglutition des aliments solides est impossible, mais le malade peut boire facilement.

Dans la journée qui suivit l'entrée, l'interne du service fit quelques tentatives d'extraction, et crut accrocher un corps étranger à 19 centimètres à partir des incisives supérieures. Ces tentatives, peu prolongées et faites avec douceur, ont été suivies d'un léger écoulement sanguin.

Le lendemain matin à la visite, je renouvelle l'exploration avec une sonde œsophagienne de gros calibre, et je crois reconnaître également un obstacle au niveau de la partie supérieure de l'œsophage, mais cet obstacle se laisse franchir assez facilement, et la sonde glisse jusque dans l'estomac. Le panier de Graefe, dont on s'était servi la veille, est introduit de nouveau et semble aussi rencontrer un obstacle qu'il franchit facilement, soit de haut en bas, soit de bas en haut.

Après cette exploration le malade boit facilement et avale du pain sans difficulté et sans douleur.

Le 27 septembre. Le malade accuse toujours de la douleur derrière le sternum, et continue à avaler sans grandes difficultés. J'introduis une sonde en baleine munie d'une grosse olive qui ne peut passer, mais je glisse sans peine une olive moyenne jusque dans l'estomac.

L'exploration minutieuse du cou, très-facile en raison de la maigreur du sujet, ne revèle d'ailleurs aucun point douloureux. Nous supposons donc que le corps étranger a été rejeté par les vomissements, peu de temps après son introduction, ou a été repoussé dans l'estomac lors des premières tentatives d'extraction, et nous cessons toute nouvelle exploration.

Le soir les troubles de la déglutition semblent cependant plus accusés, et le malade ne pouvant avaler que des liquides, on lui injecte du bouillon et du vin à l'aide de la sonde qui passe aisément.

28 septembre. Le malade ne peut boire, et les liquides sont rejetés. Il accuse une douleur sourde au niveau de la partie supérieure du sternum.

Cependant la sonde œsophagienne passe facilement, ce qui permet de continuer l'alimeutation.

Le malade tousse et crache abondamment. Il est atteint depuis longtemps d'un catarrhe qui semble s'exaspérer.

Le même état persiste le lendemain, puis le surlendemain le malade nous annonce qu'il avale très-facilement et boit devant nous à longs traits.

1er octobre. Il y a eu cette nuit un peu d'agitation et de subdélirium. Le facies est animé, le pouls plein, à 108; la température à 39°5. Le malade tousse davantage, crachats épais, jaunâtres : un peu de matité à droite. Râles sonores des deux cotés de la poitrine; râles sous-crépitants du côté droit. (Potion de Todd, kermès 20 centigr.).

2 octobre. Pouls 112. Température 39. Râles dans toute la poirine. A droite souffle et râles sous-crépitants fins. Le malade continue à boire avec la plus grande facilité et ne se plaint d'aucune douleur. (Vésicatoire sur le côté droit).

3 octobre. L'état général s'aggrave. Subdélirium, coma. Mort à deux heures.

Autopsie. — Il existe une congestion pulmonaire des deux côtés, mais surtout accusée du côté droit, où l'on constate des adhérences pleurales étendues sans épanchement.

Après avoir enlevé les poumons en sectionnant leur pédicule, on isole le larynx, la trachée et l'œsophage que l'on enlève simultanément; puis on fend de haut en bas l'œsophage sur la ligne médiane postérieure. On découvre alors, à 5 centimètres de l'ouverture supérieure de l'œsophage, un fragment osseux placé verticalement et accolé à la face antérieure du conduit. Ce fragment osseux présente une face lisse appliquée contre la paroi, et une face rugueuse regardant vers la cavité. Sa forme est triangulaire, un des angles est dirigé en haut, les deux autres regardent à gauche et à droite. L'angle droit extrêmement aigu, a perforé l'œsophage, et cette perforation, qui a la largeur d'une pièce de 20 centimes, est limitée par des bords ramollis, grisâtres, sphacelés. L'extrémité anguleuse de l'os répond à ce niveau à un petit foyer bien limité, doublé d'un détritus gangréneux, et situé au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Il n'y a aucune infiltration des parties voisines, et la complication thoracique qui a amené la mort du malade n'a pas été produite directement par les lésions du côté de l'œsophage. Il est une particularité importante à noter, c'est que la pointe anguleuse qui a amené la perforation de l'œsophage n'est séparée de la crosse de l'aorte que par une faible épaisseur de tissu cellulaire. Notons encore les dimensions relativement considérables de ce fragment osseux qui mesure 32 millimètres de haut en bas et 30 millimètres transversalement.

Remarques. — Ce fait m'a semblé intéressant au double point de

vue du diagnostic et du traitement des corps étrangers de l'œsophage.

L'erreur de diagnostic qui a été commise dans ce cas pourrait s'expliquer par l'absence de tout signe physique permettant d'affirmer la présence d'un corps étranger. Les signes rationnels étaient également presque nuls. On s'en rend compte aisément en se rappelant qu'il s'agissait d'un corps aplati, relativement peu épais, placé verticalement et accolé contre la paroi œsophagienne. Dans ces conditions, en effet, la déglutition peut s'accomplir, et des instruments explorateurs, même volumineux, peuvent parcourir toute la longueur du conduit, sans éprouver une résistance sérieuse.

Le même fait pourrait se reproduire avec d'autres corps, et en particulier avec des pièces de monnaie.

C'est en réfléchissant à l'insuffisance des moyens de diagnostic dans de pareilles circonstances que j'ai pensé qu'il pourrait être utile de mettre à profit un instrument, récemment imaginé par M. Colin, à l'occasion du corps étranger de l'estomac dont il a été tant parlé. Cet instrument, qui devrait être légèrement modifié dans ses dimensions, consiste en une olive creuse, montée sur une tige d'acier flexible, se terminant en haut par un appareil résonnateur auquel se relie, par le moyen d'un tube de caoutchouc, un embout destiné à être mis dans le conduit auditif. Le plus petit frôlement d'un corps dur sur l'olive détermine un bruit considérable qui se transmet à l'oreille. J'ai la conviction que cet instrument pourra dorénavant rendre de grands services dans les cas analogues à celui que je viens de rapporter, et dans lesquels le chirurgien serait dans l'incertitude sur la présence d'un corps étranger de l'œsophage. On pourrait de plus, en graduant la tige de l'instrument, déterminer ainsi très-exactement le siége du corps étranger.

Au point de vue thérapeutique, on doit se demander si, dans le cas présent, il eût été possible d'extraire ce fragment osseux par la bouche. Si l'on songe à la forme anguleuse du corps étranger et surtout à l'acuité extrême de l'un de ses angles, on tremble à la pensée des délabrements que cet os, saisi par une pince ou par le panier de Graefe, eût fatalement déterminés. La seule chance d'extraire ce corps avec succès et sans déterminer de désordre grave eût été peut-être l'œsophagotomie qui aurait permis de l'atteindre, quoiqu'il fût placé dans la portion thoracique de l'œsophage.

DISCUSSION

M. HOUEL. Je rapprocherai du fait fort intéressant relaté par M. Duplay un cas déjà ancien. Il s'agit d'un individu qui, ne possédant pour toute fortune qu'une pièce de cinq francs, eut la singulière idée de l'avaler. Elle resta engagée au niveau de la partie moyenne de l'œsophage, de sorte que, placée de champ, elle laissait en arrière une assez grande partie du canal œsophagien libre. Denonvilliers fit, pour l'extraire, de nombreuses, mais vaines tentatives. Au bout de huit à dix jours, le malade succomba à une hémorrhagie foudroyante déterminée, comme le prouva l'autopsie, par une ulcération de l'aorte par compression dans une étendue de 1 à 2 centimètres.

M. BOINET. Je demanderai à M. Duplay si son malade n'accusait pas une sensation toute spéciale au niveau du point où se trouvait le corps étranger. J'ai eu occasion d'observer deux faits analogues, une fois chez un marchand de lait, qui avait avalé un os de lapin, une autre fois chez un garde municipal. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un os de mouton. Dans l'un et dans l'autre cas, les efforts de vomissement étaient incessants, et tous deux accusaient la sensation pénible déterminée par les corps étrangers. J'ai, du reste, été assez heureux dans ces deux circonstances pour refouler ces deux fragments dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne.

M. DUBRUEIL. J'ai observé la sensation pénible dont vient de parler M. Boinet chez un malade qui avait avalé un fragment d'allumette, que je ne sentais pas, mais de l'existence duquel je pus m'assurer plus tard, quand le malade le vomit au bout de trois jours.

M. TRÉLAT. La question des rétrécissements et des corps étrangers de l'œsophage a été longtemps l'objet de mes réflexions et de mes recherches; et je crois que, dans l'espèce, on pourrait utiliser, en les construisant sur de plus grandes proportions, les instruments que l'on a employés pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre, et qui consistent en un long mandrin de baleine terminé par un pavillon triangulaire, qui constitue avec la tige une encoche très-saillante et facile à promener dans tous les sens; mais il faut savoir que, quoi qu'on fasse, on se trouvera toujours en butte à de grandes difficultés, dues principalement à la contractilité de l'œsophage et à l'élargissement considérable qu'il est susceptible d'affecter. Les instruments explorateurs raclent toujours la paroi postérieure du canal, mais laissent inexplorée la paroi antérieure. De plus, l'œsophage, de par sa contractilité, chasse toujours les corps mous ou

élastiques, mais encastre, enchatonne très-rapidement les corps pointus et acérés. De là, deux principes : le premier, qui consiste à faire rapidement le diagnostic ; le second, qui proscrit l'administration aveugle d'un vomitif, comme on le fait presque toujours. On se trouve bien d'avoir, pour explorer l'œsophage, de grosses sondes calibrées, distendant presque le conduit, variant de 5 à 15 millimètres, et terminées par embout cylindro-conique ; je crois également que l'instrument résonnateur présenté dernièrement par M. Labbé, et dont je discutais alors l'opportunité, puisque la présence du corps étranger était indiscutable, est appelé à rendre des services dans les cas analogues à celui qui fait l'objet de la communication de M. Duplay.

M. DUPLAY. Je me bornerai à répondre à M. Boinet que, chez ma malade, la douleur perçue était aussi vague que tous les autres signes. Au début, en effet, elle siégeait derrière le sternum, puis elle avait remonté beaucoup plus haut. Dans tous les cas, il était impossible d'en tirer quoi que ce fût d'important pour éclairer le diagnostic.

RAPPORT

M. HORTELOUP lit le rapport suivant :

Vous avez reçu de M. le docteur Vast, chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry, une observation intitulée : *Désarticulation de l'épaule droite dans un cas d'arrachement complet des parties molles de l'aisselle avec décollements musculaires considérables, guérison.* Cette observation a été renvoyée à l'examen de MM. Duplay, Ledentu, Horteloup.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui, voulant relever une courroie de transmission déviée de sa course, eut l'imprudence de passer son bras droit tout entier au-dessus d'un engrenage assez élevé; dans ce mouvement rapide, la manche de sa veste fut saisie par la roue, et en un instant toutes les parties molles de l'aisselle et du tiers supérieur du bras furent arrachées et détachées des os.

Les parois antérieure et postérieure de l'aisselle étaient détruites, les muscles de la fosse sous-épineuse, le coraco-brachial, la longue portion du triceps étaient arrachés de leurs insertions humérales. La peau du tiers supérieur du bras entièrement arrachée, l'humérus n'est plus recouvert que par le deltoïde sur toute l'étendue duquel la peau était décollée, à tel point que l'on pouvait passer les doigts entre le muscle et les téguments; sous l'aisselle, la peau du thorax formait un cul-de-sac dans lequel le sang s'est accumulé, et en ce point se

voient, décollées de leurs insertions humérales, les fibres du grand dorsal et du grand pectoral. En arrière et en dedans de l'humérus, on voyait pendre un long cylindre noirâtre terminé par une extrémité conique comme effilée à la lampe, qui n'est autre que l'artère humérale rompue par arrachement, et accollée, ainsi que les veines, au coraco-brachial.

En présence d'un semblable délabrement, M. Vast se décida pour la désarticulation de l'épaule par le procédé de Dupuytren; mais, avant de pratiquer cette opération, il crut sage de lier l'artère humérale en la séparant avec soin des veines et des nerfs qui l'accompagnent.

L'opération fut rapidement exécutée et ne présenta rien de particulier à signaler; elle produisit une énorme plaie très-irrégulière dans laquelle pendent de vastes lambeaux musculaires très-contus à leurs extrémités libres. M. Vast ne crut pas prudent de laisser en place les masses charnues dont une partie était réduite en bouillie; et, dans la crainte d'une large mortification et de l'infection putride, il prit le parti de reséquer largement les extrémités contuses, et, dans le but d'éviter une perte de sang même minime, il fit placer sur ces moignons musculaires de larges et fortes ligatures; puis il sépara ce qui dépassait.

Un point de suture réunit la peau de la fosse sous-épineuse à celle du cou, quelques bandelettes de diachylon rapprochèrent les lèvres de la plaie, et un pansement simple fut appliqué.

L'opération fut pratiquée le 16 juin 1873; rien de particulier jusqu'au 27 juin, époque à laquelle apparut une collection purulente à la partie inférieure de la fosse sous-épineuse. M. Vast fit une contre-ouverture dans laquelle il passa un drain.

Au 1er juillet, à la pointe de l'omoplate se forma une nouvelle collection purulente qui nécessita une incision par laquelle fut introduit un drain, qui donna une issue facile au pus situé dans toute cette région.

A partir de cette époque, la cicatrisation marche rapidement; mais, au 6 novembre, quatre mois et demi après l'opération, probablement à la suite de tractions exercées sur ce dernier fil des ligatures musculaires, on vit survenir un érysipèle assez étendu qui fut combattu par des badigeonnages de collodion.

Enfin au 30 décembre, on put enlever le dernier fil qui adhérait aux masses musculaires, et, le 17 janvier, le malade quittait l'hôpital complétement guéri.

M. Vast a revu plusieurs fois, depuis sa sortie, son opéré, dont il a

pu constater la parfaite guérison, puisqu'il peut gagner sa vie en se servant de son bras gauche.

L'observation dont je vous ai donné une courte analyse est intéressante, et, lorsqu'on en lit les détails avec soin, on reconnaît que toutes les indications ont été saisies avec habileté et avec un visible tact chirurgical.

M. Vast a fait suivre son observation de quelques remarques sur l'utilité que lui a rendue le drainage et sur les différents topiques qu'il a employés pendant ce long traitement; mais je vous demande la permission d'appeler votre attention sur les ligatures que M. Vast a cru devoir appliquer sur les masses musculaires.

Il est d'usage, lorsqu'on se trouveen présence de vastes plaies contuses, de reséquer les portions complétement mortifiées ou réduites en bouillie, et d'attendre, tout en le surveillant, le travail inflammatoire qui doit détacher les extrémités de lambeaux contusionnés.

M. Vast, après avoir reséqué largement les extrémités contuses dans la crainte d'une large mortification et de l'infection putride, et dans le but d'éviter au malade une perte de sang, plaça de larges et fortes ligatures, et il détacha avec le bistouri toute la partie qui dépasse.

Je ne vois pas très-bien l'utilité de ces ligatures, car elles ont eu pour résultat de détruire une plus grande quantité de tissus, puisqu'elles ont dû être placées sur des tissus sains; en outre, elles ne mettaient pas beaucoup le malade à l'abri de l'infection putride, car il n'en a pas moins fallu une suppuration abondante pour les détacher; mais, de plus, elles ont certainement retardé la guérison. En effet, à la fin d'octobre, la cicatrisatiou est presque complète, il reste deux des gros fils embrassant les masses musculaires, dont la présence entretient une certaine suppuration, et, au mois de novembre, la traction très-douloureuse opérée sur le dernier fil amène le développement d'un érysipèle qui met la vie du malade en danger; enfiu le fil tombe le 30 décembre, et quelques jours après la guérison est complète.

Cette légère divergence d'opinions n'enlève aucun mérite du beau succès obtenu par notre confrère, dont vous connaissez déjà le talent et le zèle, car M. Vast, placé à la tête d'un service important de chirurgie, vous a déjà envoyé plusieurs travaux, et surtout il a répondu un des premiers à l'appel de la Société de chirurgie en lui adressant une statistique bien faite des résultats des opérations pratiquées à l'Asyle français; aussi M. Vast serait-il une excellente recrue parmi

les membres correspondants, et, en conséquence, votre rapporteur a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° De remercier M. Vast;

2° De renvoyer son observation au comité de publication;

3° D'inscrire M. Vast dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

La Société adopte les conclusions du rapport, à savoir : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur; 2° son inscription en rang honorable au nombre des candidats à la place de correspondant.

Elle décide en outre la publication du rapport.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1874.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de médecine de la semaine.

M. LETENNEUR, membre correspondant à Nantes, adresse une brochure intitulée : *A propos de la circoncision*, causerie.

M. HERGOTT adresse un mémoire imprimé : *De l'extrophie vésicale dans le sexe féminin.*

M. GIRAUD-TEULON fait hommage d'une brochure imprimée : *Mécanique appliquée à la pathologie.*

M. MAGITOT fait hommage d'une brochure imprimée : *De l'anomalie de siége ou hitératopie.*

M. LANNELONGUE, membre correspondant à Bordeaux, adresse une observation intitulée :

Tétanos traumatique. — Injections intra-veineuses de chloral. — Mort. — Autopsie (1). — Pendant que s'instruit le procès des injections intra-veineuses de chloral, il est du devoir de tout chirurgien de livrer au public médical les diverses pièces relatives à cette affaire. Ces faits ainsi groupés formeront un faisceau condensé sur lequel pourra s'asseoir plus tard le jugement définitif qui sera porté sur cette importante question. A ce titre, l'observation suivante mérite peut-être quelque intérêt.

Veyssade Jean, âgé de treize ans, est admis dans mon service, à l'hôpital Saint-André (salle 1, nº 15), le 16 juillet 1873. Le matin même cet enfant a été saisi par le volant d'une machine qui lui a fait une large et profonde plaie à l'aisselle droite. Les téguments qui recouvrent la corde antérieure de l'aisselle sont enlevés irrégulièrement; le grand pectoral lui-même est légèrement intéressé; le tissu cellulaire qui remplit le creux axillaire est dilacéré, si bien que dans le fond de la plaie on aperçoit les battements de l'artère; les nerfs du plexus brachial ne sont pas mis à nu.

Un premier pansement est fait avec de la charpie, et, dès le lendemain matin, après avoir constaté la blessure, j'effectue un pansement ouaté; le bras, l'aisselle, l'épaule, le thorax sont recouverts d'une très-épaisse couche d'ouate fixée solidement à l'aide de nombreux jets de bandes.

L'avant-bras et la main sont soutenus par une écharpe.

Pendant sept jours l'état est excellent: pas de fièvre, pas de douleurs, bon sommeil, bon appétit; le malade se lève et se promène.

Le huitième jour, 24 juillet, à la visite du matin, je suis fort surpris de trouver cet enfant la tête enfoncée dans son oreiller et fortement renversée en arrière, alors que la veille encore je l'avais vu assis et jouant sur son lit. Les muscles de la face contractés donnent à ses traits l'expression sardonique; les mâchoires sont resserrées avec violence, il est impossible de produire le plus léger écartement entre les arcades dentaires, tant est intense la contracture des masséters et des temporaux.

Le malade peut encore être assis sur son lit, difficilement toutefois, car les muscles de la partie postérieure du tronc commencent à perdre leur souplesse; la peau est couverte de sueur; la température est à 37 3/5; la respiration est facile, régulière; le pouls donne 112 pulsations. Tous ces accidents se sont produits dans l'espace de

(1) Les détails de cette observation ont été recueillis avec soin par mon interne M. Lalesque.

quinze à seize heures; il s'agit donc d'un tétanos à marche très-rapide.

J'enlève pour la première fois le pansement ouaté afin d'examiner la plaie; elle est très-régulière, recouverte d'une couche uniforme de bourgeons charnus de la plus belle apparence. Je prescris une potion avec 4 grammes de chloral et un bain de vapeur.

A trois heures et demie de l'après-midi je revois le malade: son état s'est aggravé, l'opisthotonos est complet; le corps peut être soulevé tout d'une pièce; les accès convulsifs sont fréquents; les muscles des parois thoraciques commencent à devenir rigides; la respiration est moins ample; la peau est sèche; la température à 37 3/5, le pouls à 124 pulsations. Je me décide à pratiquer une injection veineuse de chloral.

Dans l'intervalle de ces deux visites, j'avais vu M. Oré, qui voulut bien mettre à ma disposition son appareil instrumental et une solution de chloral filtrée et titrée par lui-même. Cette solution était au 1/6; elle contenait 20 grammes de chloral pour 100 grammes d'eau.

Après avoir pratiqué une ligature circulaire à la partie supérieure de l'avant-bras gauche, je pique l'une des veines radiales superficielles; je pénètre facilement dans la veine, et je procède avec beaucoup de lenteur afin de tâter la susceptibilité de mon malade. Cette extrême prudence m'était en quelque sorte imposée par l'âge du sujet, qui n'avait que treize ans.

J'injecte environ 25 centigrammes de chloral par minute en observant avec soin les phénomènes qui se passent :

Après 3 *minutes*, 1 *gramme de chloral est injecté.* Le pouls est à 160; cris douloureux du malade qui commence à saliver.

Après 4 *minutes*, 1 *gr*. 25. Pouls intermittent; toux quinteuse.

Après 5 *minutes*, 1 *gr*. 75. Toux; pouls irrégulier, devient très-petit en se ralentissant; 144 pulsations.

Après 7 *minutes*, 2 *grammes*. Le pouls remonte à 165 pulsations; soubresauts musculaires dans les membres inférieurs; plaintes du malade.

Après 8 *minutes*, 2 *gr*. 75 Face congestionnée; un peu de sueur se produit; la respiration devient plus calme.

Après 11 *minutes*, 3 *gr*. 25. Le malade a cessé de se plaindre, il commence à dormir; le pouls est descendu à 128.

Après 14 *minutes*, 3 *gr*. 75. Le malade bave, ronfle, dort profondeur; la respiration est très-régulière; le pouls est à 84 pulsations; encore quelques secousses convulsives dans les membres inférieurs.

Après 17 *minutes*, 4 *gr*. 75. Respiration bruyante ; la langue tombant en arrière sur l'orifice supérieur du larynx; pupilles contractées; conjonctives injectées; l'orbiculaire ne résiste presque plus au doigt qui soulève la paupière supérieure; on peut écarter les mâchoires et introduire facilement le doigt dans la bouche du malade.

Après 21 *minutes*, 5 *gr*. 25. Pouls à 100; face congestionnée; la flexion de la tête est possible; la cambrure lombaire tend à disparaître; encore quelques mouvements réflexes quand on pince le malade; salivation abondante.

Après 25 *minutes*, 6 *gr*. 50. La tête peut être inclinée dans tous les sens; la bouche peut être ouverte largement; le malade est facilement assis sur son lit.

Après 27 *minutes*, 7 *gr*. 50. Insensibilité absolue de la cornée; le pincement le plus énergique de la peau ne détermine plus le moindre mouvement réflexe; résolution complète; respiration calme; le pouls est à 100; la température à 37 3/5; l'injection est arrêtée, la canule retirée et une bande appliquée autour de l'avant-bras.

Le malade n'est pas perdu de vue par mon interne, qui note avec la plus scrupuleuse exactitude les plus minutieux détails.

Vers 6 *heures*, c'est-à-dire une heure après l'injection, la respiration et le pouls s'accélèrent; 36 inspirations; 128 pulsations; température 37 4/5; salivation assez abondante.

A 9 *heures*. Le sommeil est toujours très-profond, mais le malade a changé de position; couché depuis l'opération dans le décubitus dorsal, il est maintenant dans le décubitus latéral droit et en travers de son lit; le contact prolongé du doigt sur la cornée détermine quelques mouvements réflexes dans les membres supérieurs; 40 inspirations; 116 pulsations; température 39 3/5.

A 10 *heures* 30 je revois le malade. Le sommeil continue; les pupilles contractées sont insensibles à la lumière, mais le plus léger attouchement sur un point quelconque du corps détermine des mouvements réflexes dans les membres; les mâchoires ne se laissent plus écarter aussi facilement; je veux remettre le malade dans une bonne position, et à l'instant les muscles de la partie postérieure du tronc entrent en convulsions; l'opistothonos se reproduit, mais pour cesser aussitôt que le malade est laissé en repos.

Dans le courant de la nuit les accès convulsifs se rapprochent, ils se produisent spontanément alors que le sommeil persiste toujours; et le lendemain 25 juillet, lorsque je revois le malade à sept heures du matin, je le trouve avec un resserrement des mâchoires des plus violents, un opistothonos des plus accentués ; les muscles pectoraux

sont contracturés; la respiration est diaphragmatique; 42 inspirations; 124 pulsations; température 39 1/5. Il y a encore un peu d'assoupissement, d'où il est cependant assez facile de tirer le malade pour obtenir de lui quelques réponses mal articulées. Je me décide à pratiquer une nouvelle injection de chloral; mais auparavant je constate et je fais constater par les assistants que la veine piquée la veille est thrombosée dans une étendue de 15 ou 20 centimètres, et que le caillot ne devient tangible qu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la piqûre. Ce qui répond victorieusement à l'objection qui me fut adressée séance tenante, à savoir que le caillot était dû, non au chloral, mais à la canule qui avait séjourné trop longtemps dans la veine (27 minutes). Évidemment si la canule seule eût été la cause de la coagulation du sang, c'est au niveau de la piqûre elle-même et non à 4 ou 5 centimètres plus haut qu'on aurait constaté le maximum de cohésion du caillot.

.... Je pique, ou plutôt j'essaye de piquer successivement une radiale superficielle, la céphalique, et enfin la saphène interne gauche; je n'arrive pas, et je ne réussis qu'à pousser maladroitement dans le tissu cellulaire qui environne la saphène 1 ou 2 grammes de la solution de chloral.

Je prie alors M. Oré de vouloir bien se charger du manuel opératoire, ce qu'il fait aussitôt avec la plus obligeante courtoisie, et j'ajoute, ce qui ne peut surprendre personne, avec la plus remarquable dextérité. La saphène interne droite est piquée en avant de la malléole, et, dans l'espace de quatre minutes, 3 grammes 50 de chloral sont injectés; le pouls devient un peu irrégulier, mais l'anesthésie et la résolution musculaire sont complètes; on peut ouvrir largement la bouche du malade, tourner sa tête dans tous les sens, l'asseoir sur son lit avec la plus grande facilité. La respiration est légèrement bruyante; 38 inspirations; 116 pulsations, température 39 3/5.

Il est neuf heures du matin. La résolution absolue persiste jusque vers deux heures de l'après-midi; à ce moment quelques secousses convulsives se produisent dans les membres.

Je revois le malade à trois heures. Le sommeil est encore profond, mais déjà le trismus commence à reparaître, et la pression sur les membres détermine quelques contractions dans les muscles spinaux; la respiration est bruyante, diaphragmatique; 46 inspirations; pouls régulier à 138; la face est couverte de sueur; la peau est brûlante, le thermomètre placé sous l'aisselle s'élève rapidement à 41 degrés. J'examine la veine piquée le matin par M. Oré, et je fais constater par trois internes présents l'existence d'une thrombose au niveau de

la piqûre. Une nouvelle injection ne me semble pas encore indiquée; elle le deviendra un peu plus tard. Obligé de m'absenter de Bordeaux pendant la soirée, je prie M. Oré de vouloir bien surveiller le malade.

A 5 *heures* 20 *minutes*. Les accès couvulsifs, le trismus, l'opisthotonos se sont reproduits. M. Oré injecte, dans l'espace de trois minutes, 4 gr. 50 de chloral dans la saphène; l'anesthésie et la résolution musculaire deviennent immédiatement aussi absolues que le matin. Le pouls, qui, trois minutes auparavant, battait 168 fois, descend rapidement à 132, mais il est irrégulier; la température de 41 degrés tombe à 40 2/5.

A 6 *heures*. La respiration est bruyante, diaphragmatique; pas de salivation; pas de sueurs; pouls à 138; 42 inspirations; température à 41 degrés. Lavement avec 3 grammes de chloral.

A 9 *heures du soir*. La respiration devient de plus en plus bruyante. Convulsions diaphragmatiques. Gros râles muqueux dans toute la poitrine. Le malade, sans se réveiller, pousse quelques cris plaintifs. Le cœur bat d'une façon désordonnée ; aussi le pouls, très-petit et assez lent par intervalles, devient tout à coup très-rapide avec des intermittences fréquentes. Les conjonctives sont pâles, la face est décolorée et couverte d'une sueur visqueuse ; partout ailleurs la peau est brûlante et la température s'élève à 41 4/5. L'anesthésie cutanée et cornéenne et la résolution musculaire sont toujours absolues et restent telles jusqu'à la mort, qui arrive à dix heures du soir, par suite de l'embarras progressif de la respiration et de la circulation.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort, en présence de MM. Oré, Vergely, Gervais et Baudrimont, nous révèle, du côté de l'appareil circulatoire, des lésions très-importantes à noter.

La veine radiale que j'avais piquée la première est remplie par uu caillot noir très-consistant, adhérent par places à la paroi veineuse manifestement épaissie et enflammée.

Ce caillot s'étend par les veines médiane-basilique et basilique jusqu'à l'axillaire. Là, le caillot perd sa cohésion, sa densité, qui permettaient de le soulever en bloc dans une étendue de 7 à 8 centimètres.

Autour de la saphène gauche le tissu cellulaire, qui avait reçu une partie de ma deuxième injection, est brunâtre, diffluent, en voie de mortification ; mais cette saphène elle-même, dont la surface interne n'a pas été directement atteinte par le chloral, présente un caillot remontant jusqu'à la partie supérieure de la jambe.

Dans la saphène droite, piquée par M. Oré, il existe aussi un caillot cylindrique, noir et condensé ; mais ce caillot n'est pas adhérent, et la paroi veineuse n'est pas épaissie.

Dans tous les autres points du système veineux, le sang se présente sous la forme de caillots mous ; il est manifestement plus poisseux, plus consistant, plus *cailleboté* que dans les circonstances ordinaires.

Mais c'est surtout dans le cœur droit qu'on peut constater un coagulum sanguin bien remarquable. Là, vers la pointe du ventricule, intimement entrelacé avec les colonnes charnues et les cordages tendineux de la valvule tricuspide, a pris naissance un caillot fibrineux de couleur blanc-jaunâtre, de consistance très-ferme, tellement dense et tellement adhérent qu'en le saisissant entre les doigts on peut soulever le cœur.

Ce caillot, du volume de l'index, s'étend de la pointe du ventricule vers sa base, où il s'engage dans l'artère pulmonaire et se divise avec elle en deux branches mesurant de 3 à 4 centimètres de longueur. Dans toute cette étendue, ce caillot a conservé les mêmes caractères de décoloration et de densité.

Les poumons sont fortement congestionnés à la base et vers le bord postérieur.

... En relisant les détails de l'observation précédente, je me demande tout d'abord si le traitement n'a pas contribué à hâter la mort du malade, et j'avoue que je suis disposé à répondre par l'affirmative.

Le tétanos a débuté le 24 juillet, vers trois heures de l'après-midi, et le malade a succombé le lendemain soir à dix heures. En tout *cinquante-cinq heures !*

Je sais bien que, dès le début, le mal a pris des allures extrêmement rapides, puisque, quinze à seize heures après l'invasion, il y avait déjà un trismus considérable et une forte contracture des muscles de la partie postérieure du cou ; mais il ne faut pas perdre de vue que les injections successives ont, chaque fois, amené la résolution musculaire, et que celle-ci a persisté complète jusqu'à la mort, à la suite de la dernière injection.

Le malade n'a donc pas succombé, comme les tétaniques ordinaires, à l'asphyxie résultant de la contracture des muscles pectoraux, mais bien aux troubles profonds et progressifs survenus dans le jeu même des poumons et du cœur, ainsi que le témoignent les battements irréguliers et tumultueux de cet organe et les saccades de la respiration observés pendant la vie, ainsi que le confirme le caillot

fibrineux constaté dans le ventricule droit et dans l'artère pulmonaire après la mort.

Voilà donc, à mon avis, une mort imputable non à la maladie, mais au traitement.

Et maintement faut-il accuser la méthode? Faut-il accuser mon manuel opératoire? Pour le caillot de la veine radiale gauche, je passerais presque condamnation.

Je veux bien croire que la présence de la canule laissée dans la veine pendant vingt-sept minutes a pu favoriser la coagulation du sang. Et pourtant, dans cette hypothèse exclusive, je ne m'explique guère pourquoi ce caillot s'est formé, non au niveau de la piqûre, mais à 4 ou 5 centimètres plus haut! C'est que, sans doute, ma main, qui fixait la canule, n'est pas seule coupable, et que le chloral a dû être quelque peu son complice. Peut-on, en vérité, se refuser à m'accorder cette circonstance atténuante, lorsqu'on voit un caillot de même nature dans la saphène piquée par M. Oré, qui n'a laissé la canule en place que quatre minutes lorsqu'on voit surtout ce volumineux caillot fibrineux développé dans le ventricule droit?

Non, non, le chloral ne saurait être absolument innocenté. Je ne voudrais cependant pas, dores et déjà, le voir condamné sans appel; mais peu disposé, pour ma part, à recommeneer l'épreuve, j'attendrai postérieurement que les expériences d'autrui aient décidé de son sort.

M. PANAS offre un travail imprimé de M. le docteur A. Pauchon: *Des luxations des os du carpe entre eux et en particulier des luxations du grand os.*

M. LE FORT offre, de la part de M. Gripouilleau, médecin de Mont-Louis, le complément d'une observation de grossesse intra-utérine déjà communiquée à la société. M. Gripouilleau met sous les yeux de la société le squelette du fœtus expulsé pièce par pièce après quatorze ans. Notre confrère a eu la patience de reconstruire très-habilement le squelette du fœtus, qui est complet et offre le développement d'un enfant à terme.

M. GIRAUD-TEULON offre, de la part de M. le docteur Brière, du Havre, un travail manuscrit intitulé: *Note sur quatre cas de pannus granuleux traités par l'inoculation blennorrhéique et suivis de guérison.*

M. TILLAUX. J'ai l'honneur d'offrir à la société, de la part de M. Grandesso Sylvestro, la suite de l'observation de gastro-hystéro-

tomie avec suture élastique que j'ai présentée en son nom il y a quelques mois.

Notre confrère a revu la malade six mois après. La malade a recouvré une santé complète, et l'enfant se porte également très-bien.

Une seconde opération de gastro-hystérotomie avec suture élastique de l'utérus, pratiquée à terme sur une femme rachitique, dont l'enfant était mort depuis deux jours, a été suivie de mort quarante-neuf heures après l'opération. L'autopsie a démontré que la réunion à la face interne de l'utérus était déjà obtenue.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DEMARQUAY communique les faits suivants :

Au début de ma pratique comme chirurgien de la Maison de santé, j'ai eu occasion de voir deux enfants qui avaient avalé chacun une pièce de monnaie. Le premier de ces enfants, tout jeune, avait avalé un sou, celui-ci s'était arrêté à la partie cervicale de l'œsophage ; il fut impossible de l'enlever à l'aide d'aucun instrument; l'œsophagotomie permit d'arriver sûrement sur le corps étranger, dont le siége avait été bien constaté avant l'opération ; au bout de quelques jours l'enfant succombait, et l'on constatait alors qu'il existait un vaste abcès rétro-œsophagien, qui s'était ouvert dans la cavité pleurale droite. Quelque temps après ce triste résultat, vint un enfant plus âgé, qui avait également avalé un sou. Malgré l'examen le plus attentif, il fut impossible d'en constater la présence. M. Denonvilliers et Nélaton ne furent pas plus heureux que moi. L'enfant fut laissé à lui-même ; mais au bout de quelque temps , de graves accidents inflammatoires éclatèrent, une pleurésie survint, et l'enfant succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes la surface muqueuse saine, mais il existait en arrière de l'œsophage une vaste collection purulente, qui s'était ouverte dans la plèvre droite, et le corps étranger, ou le sou, avait traversé la paroi œsophagienne et était en train de passer dans la cavité pleurale.

Ces abcès rétro-œsophagiens m'ayant beaucoup intéressé, je fis une série d'expériences pour arriver à comprendre le développement de ces abcès. Sur une série de chiens, après avoir fait l'œsophagotomie, j'introduisis des morceaux d'os, que je fixais à l'aide d'un fil dans un point de l'œsophage ; ces corps étrangers, au bout de quelques jours, amenaient un phlegmon terminé par suppuration en arrière de l'œsophage, bien que la surface muqueuse de cet organe fût parfaitement

saine. Ainsi il résulte de ces expériences : 1° que les abcès rétro-œsophagiens ont une grande tendance à s'ouvrir dans la plèvre droite, et 2° que les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage amènent rapidement une suppuration en arrière du tube digestif. Et comme conséquence, nous dirons qu'il faut se hâter d'enlever ces corps étrangers pour prévenir les accidents que je viens de signaler. Ces faits ont d'ailleurs été publiés par M. Cregny, il y a dix ou douze ans, dans le *Journal hebdomadaire.*

RAPPORT

M. DUBRUEIL lit le rapport suivant :

Messieurs, je viens, comme rapporteur d'une commission composée de MM. Duplay et Desprès, vous rendre compte d'un travail lu par M. Pravaz dans la séance du 18 février 1874.

Le mémoire de l'honorable directeur de l'institut orthopédique de Lyon a pour but principal de faire connaître et apprécier deux systèmes de lits à pression latérale destinés au traitement de la scoliose et dont il est l'inventeur.

Mais, avant d'en venir à la description de ses appareils, l'auteur, dans un exposé critique fort intéressant, passe en revue les principales méthodes thérapeutiques dirigées contre la scoliose.

M. Pravaz commence par chercher la cause efficiente des déviations latérales idiopathiques du rachis, et adopte la théorie d'après laquelle cette cause réside dans un développement inégal des moitiés latérales des corps vertébraux. Nous ne pouvons que nous associer à cette manière de voir, qui a été soutenue de nos jours par un de nos orthopédistes les plus éminents, Bouvier, après avoir été émise pour la première fois au dix-septième siècle par Glisson, et qui nous paraît prévaloir sur celles qui placent l'origine des déformations scoliotiques dans des états divers de l'appareil musculaire ou de l'appareil ligamenteux du rachis. C'est ainsi que l'on a vu successivement Mazow invoquer un accroissement des muscles inférieurs à celui de la colonne vertébrale qui se trouverait inclinée et déviée par les tractions exercées par les muscles trop courts, idée que Pravaz père avait fini par adopter ; Méry mettre en cause la paralysie des muscles d'un côté du rachis, théorie dont la pensée originelle se retrouve chez Lachaise, qui accuse leur faiblesse relative, et chez les orthopédistes suédois, qui, aux expressions de paralysie et de faiblesse substituent celle de relaxation, et enfin Morgagni incrimina une contraction pré-

dominante des muscles d'un des côtés de la colonne, précédant ainsi de près d'un siècle J. Guérin, qui devait attribuer les déviations à la rétraction musculaire.

Parmi ceux qui veulent voir dans l'appareil ligamenteux l'origine des déviations scoliotiques, je citerai Delpech, qui en cherchait le point de départ dans une inflammation chronique primitive des cartilages intervertébraux, et Malgaigne, qui invoquait la laxité pathologique des ligaments.

Examinant l'action thérapeutique de la gymnastique, l'auteur constate son heureux effet sur la santé générale, puis étudie l'influence, sur le rachis dévié, des différents exercices gymnastiques.

Pour ce faire, il les divise en deux catégories : gymnastique générale, dans laquelle tous les muscles entrent en jeu, et gymnastique locale, suédoise ou allemande, qui prétend ne faire entrer en exercice que les muscles intrinsèques du rachis, c'est-à-dire les muscles des gouttières vertébrales.

La gymnastique générale, qui consiste dans l'emploi des anneaux, des échelles, des cordes verticales, des mâts, des perches, etc., et aux yeux de M. Pravaz, une certaine influence qu'il rapporte à la suppression du poids des parties supérieures du corps et à l'extension exercée par les parties inférieures, et d'autre part, à l'action des muscles trapèze, rhomboïde, grand dorsal, grand dentelé et grand pectoral, action que ces muscles doivent aux pressions qu'ils exercent par leur contraction sur les côtes et qui sont transmises par elles aux apophyses transverses et, partant, à la colonne vertébrale.

Je crois qu'il y a exagération à isoler ainsi l'action des muscles intrinsèques du rachis de celle des muscles susmentionnés ou muscles extrinsèques.

Pour quiconque a fait ou seulement vu faire de la gymnastique, il est évident que, dans la gymnastique générale, l'action des muscles intrinsèques ne s'isole pas de celle des muscles extrinsèques, et que, dans les différents exercices, les muscles propres du rachis doivent, au contraire, se contracter énergiquement pour attirer ou maintenir la colonne vertébrale dans telle ou telle position. Il me paraît donc impossible de ne pas considérer les muscles intrinsèques comme prenant part aux différentes manœuvres que l'on pratique d'ordinaire dans les gymnases. Ici je témoignerai le regret bien vif que l'utilité de ces établissements pour les cures orthopédiques soit le plus souvent singulièrement diminuée, par la façon peu intelligente dont ils sont la plupart aménagés et dirigés, les gymnasiarques semblant plu-

tôt se proposer pour but de former des acrobates que de redresser des enfants faibles et contrefaits.

Dans presque tous les gymnases, on trouve des pièces inutiles et dangereuses, telles que le cheval de bois; mais, par contre, je chercherai en vain ces différents appareils figurés dans le *Traité d'orthomorphie* de Delpech, et si propres à rendre de grands services; je veux parler, entre autres, des chars à deux et à une seule corde et des bobines, engins que les dimensious de ce rapport ne me permettent pas de décrire, mais qui à de nombreux avantages joignent celui de faire contracter énergiquement les muscles du rachis. A côté de ces appareils, je signalerai ceux en usage surtout en Angleterre et en Amérique et qu'on voit figurer dans le *Traité des déviations du rachis* d'Adams, appareils composés d'un anneau fixé à l'extrémité d'une corde passant sur une poulie de renvoi et soutenant à l'autre extrémité un poids que le sujet soulève en tirant sur l'anneau, ou bien d'un anneau fixé à une corde élastique, que le malade cherche à allonger.

Je crois donc qu'il y aurait grande utilité à modifier l'arseual de la plupart des gymnases; pas besoin ne serait d'inventions nouvelles: on n'aurait qu'à ouvrir l'ouvrage de Delpech.

M. Pravaz passe ensuite à l'examen de la méthode suédoise, méthode de Ling, dans laquelle se trouvent réunis des exercices respiratoires, des manipulations et des attitudes mettant en jeu les muscles des gouttières vertébrales, attitudes dont le nombre est considérable, grâce aux additions faites surtout par Eulenburg et par Behrend. L'idée fondamentale de cette méthode est qu'il faut fortifier par l'exercice les muscles répondant au côté convexe de la courbure, muscles supposés atteints de *relaxation*, idée éminemment fausse.

L'auteur discute avec soin le mode d'action des exercices suédo-allemands, et arrive à cette conclusion qu'ils n'ont qu'une utilité très-limitée, sauf dans les cas de courbure lombaire principale et dans ceux de cyphose.

La méthode de Ling a excité à son début un véritable enthousiasme; mais elle n'a pas tenu, presque tout le monde en convient aujourd'hui, les brillautes espérances qu'elle avait fait concevoir et a fini par être l'objet de vives critiques. Parmi ces dernières, je signalerai surtont celle de M. Dubois-Reymond, qui attaque Ling et son successeur Rothstein, dans un style que ne comporte pas le langage scientifique français. Physiologiquement Dubois-Reymond s'élève contre l'impossibilité de faire contracter isolément et à volonté tel

muscle ou telle portion du muscle, contraction isolée sur laquelle repose presque entièrement la thérapeutique de Ling.

Il faut convenir cependant que si la théorie de Ling est fausse, et si sa pratique est loin d'être aussi utile qu'il le prétendait, cette dernière peut cependant rendre des services. La contraction des muscles du côté de la convexité de la courbure n'agit pas en fortifiant ces muscles, mais bien en tendant directement à redresser la déviation.

M. Pravaz étudie enfin le rôle des appareils mécaniques, lesquels se divisent, on le sait, en appareils à pression et appareils à extension, chacune de ces catégories se divisant à son tour en appareils fixes ou horizontaux et appareils portatifs. Les appareils fixes à extension ou lits à extension, paraissent à l'auteur mériter plusieurs reproches dont le plus grave me semble celui de ne pas agir contre la rotation des vertèbres qui joue un rôle si important dans la déformation scoliosique; ils sont en outre quelquefois difficilement supportés, mais leur utilité réelle est cependant incontestable. Quant aux appareils à extension portatifs, corsets ou ceintures, ils ont l'inconvénient majeur de ne soutenir que très-imparfaitement le poids des parties supérieures du corps qu'ils doivent transmettre au bassin.

En fait d'appareils à pression, M. Pravaz repousse les appareils portatifs qu'il trouve sans efficacité, quelle que soit la forme qu'on leur donne, qu'on ait recours à un appareil à plaque ou à une ceinture à levier.

Ce jugement, je ne le cache pas, me paraît empreint d'une sévérité exagérée. De ce que l'on n'a pas un appareil à pression portatif parfait, il ne s'ensuit pas que l'on ne puisse retirer des avantages sérieux de l'usage de ceux que l'on a entre les mains. Il en est un, entre autres, peu connu du reste, le corset de Ducresse, dont j'ai pu nombre de fois constater les heureux effets, et je suis loin de m'associer à cette tendance à repousser les appareils qui semble gagner du terrain tous les jours chez les personnes peu versées dans la pratique de l'orthopédie. De ce qu'un corset mal fait et mal appliqué a conduit à de mauvais résultats, il ne s'ensuit pas que l'on doive proscrire ces appareils qui aident puissamment à améliorer la situation des malades, à maintenir l'amélioration obtenue et qu'enfin, dans les cas extrêmes où l'on ne peut espérer faire rétrocéder la déviation, contribuent à masquer la difformité.

Les appareils horizontaux à pression ont toutes les sympathies de M. Pravaz, et c'est à eux qu'il fait la plus large part dans le traitement de la scoliose. Aussi en présente-t-il deux modèles, l'un qui est un perfectionnement des appareils déjà usités, l'autre qui est

nouveau, et sur lequel je vais insister un instant. Ce dernier est formé de trois segments en bois parfaitement rembourrés et suspendus à une tige de fer légèrement inclinée à l'horizon. Ces segments peuvent s'élever et s'abaisser à volonté. La tête repose sur le plus élevé, l'inférieur supporte le bassin et les membres pelviens.

Sur le segment moyen, légèrement excavé, un peu plus élevé que les autres, s'applique la partie déformée du thorax. Le sujet repose sur l'appareil du côté de la convexité et de la déviation rachidienne. M. Pravaz fait observer que cette espèce de lit ne convient que pour les courbures dorsales prédominantes et à grand rayon, et lorsque les côtes qui forment la gibbosité n'offrent pas une courbure trop aiguë au niveau de leur angle. Dans ce dernier cas, il pourrait y avoir exagération de la gibbosité.

L'appareil que je viens de signaler me paraît valoir mieux sous beaucoup de rapports que la plupart de ceux dont on se sert. Je ferai seulement une observation qui, du reste, n'a nullement pour but de déterminer sa valeur, c'est que le thorax étant maintenant plus élevé que la tête et le bassin, il se joint fatalement à la compression une action extensive dont il faut tenir compte.

M. Pravaz termine son intéressant mémoire en examinant le degré de curabilité des déviations suivant les conditions d'étiologie, d'hérédité, de constitution, de siége et de degré, et ces considérations portent l'empreinte des connaissances les plus étendues.

Si, en présence d'un travail aussi magistral, il m'était permis de formuler une critique générale, je dirai que l'auteur ne me paraît peut-être pas assez disposé à prendre en suffisante considération certains moyens de traitement. Lorsqu'on poursuit un but aussi difficile que le redressement des déviations scoliosiques, il n'est pas d'agent thérapeutique de si mince utilité auquel l'on puisse appliquer le précepte *Minimis non curat prætor*.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Quand j'ai assisté à la lecture du travail de M. Pravaz, j'ai été fort surpris de ne pas l'entendre dire que, le plus souvent, le travail de la nature et l'application d'un corset et de la gymnastique suffisent pour obtenir le redressement du rachis, et aujourd'hui je regrette que le rapporteur ait à son tour omis de signaler cette terminaison fréquente.

M. DUBRUEIL. Je me bornerai à répondre à M. Després que les cas qui font l'objet du mémoire de Pravaz sont relatifs à des sco-

lioses du troisième degré, et qu'arrivée à ce point, la difformité n'est plus curable par les seuls efforts de la nature.

M. TILLAUX. Si j'ai bien compris le sens des parnles de M. Dubrueil, notre collègue avance que la scoliose est le résultat d'un défaut de symétrie dans le développement des vertèbres. Nous voyons presque toujours la scoliose à droite et chez les jeunes filles de treize à quatorze ans. Ce défaut de symétrie est-il congénital ou s'est-il produit tout à coup à cet âge critique? Il me semble qu'on doit plutôt attribuer la difformité à une faiblesse musculaire et à l'exagération d'une courbure normale. Ceci a son importance au point de vue thérapeutique, car s'il est vrai que la scoliose soit due à une pression verticale exagérée, il faut maintenir les sujets couchés et ne point rejeter l'usage des corsets.

M. DUPLAY. Je me range à l'opinion de M. Tillaux pour ce qui a trait à la pathogénie de la scoliose. Il me semble du reste que les conclusions de M. Dubrueil ne sont pas en rapport avec ses principes. Il admet comme étiologie, ainsi que Pravaz, le défaut de symétrie dans le développement des vertèbres, et il conclut néanmoins à l'influence des exercices musculaires sur le traitement des scoliosiques. C'est là ce me semble une inconséquence.

M. GUYON. Je désire rappeler à la société que la doctrine de l'action musculaire a été défendue par Malgaigne, ainsi qu'on peut le voir dans ses leçons sur l'orthopédie, recueillies par M. Panas et par moi.

Je ferai observer que, contrairement à l'opinion émise par M. Tillaux, Malgaigne rejetait la position horizontale et cherchait à contrebalancer la déviation par une action continue.

M. SÉE. Je crois, comme M. Guyon, que la théorie musculaire de la scoliose est en désaccord complet avec l'emploi du décubitus. Il faut, avant toutes choses, fortifier le sujet, insister sur la gymnastique, surtout sur les exercices tendant à développer certains muscles.

M. DUBRUEIL. Je ferai observer que, dans l'espèce, la question d'étiologie est absolument incidente. On m'objecte pourtant que Malgaigne insistait sur l'affaissement musculaire; quand la scoliose est bornée à ce degré, on peut la corriger par les attitudes, ce à quoi l'on n'arrive pas quand il y a inégalité dans les disques vertébraux : il ne faut pas en conclure cependant que la scoliose osseuse ne soit pas apte à être modifiée par les exercices musculaires qui agissent avec la convexité du rachis, en le forçant à se redresser.

M. TILLAUX. Au début le repos suffit pour remédier à la difformité. Aussi suis-je convaincu que la lésion osseuse, quand elle existe,

est consécutive, et qu'on ne redresse pas un scoliosique : on se contente d'arrêter les progrès de la scoliose, et la croissance fait le reste.

Je ferai observer à M. Guyon et à M. Sée que je ne condamne pas mes malades à un repos absolu ; je conseille deux ou trois heures de gymnastique intelligemment appliquée, et je laisse les sujets au repos le reste du temps, c'est-à-dire vingt et une ou vingt-deux heures sur vingt-quatre.

M. TRÉLAT. C'est avec une certaine surprise que j'ai entendu un certain nombre de nos collègues émettre sur la nature de la scoliose des idées absolument arrêtées. Il y a, en effet, quelques années j'eus occasion, à propos d'un jeune malade auquel je m'intéressai tout particulièrement, de chercher à me faire une opinion bien nette sur le sujet; à ce propos, je lus ou relus ce qui avait été écrit; je dois le dire, je sortis de cette étude convaincu que nous n'étions rien moins que certains des causes de la scoliose. Bien que l'insuffisance musculaire séduise d'abord, comment peut-on la localiser? Est-ce une paralysie de muscles ou de groupes de muscles? Est-ce une faiblesse localisée dans un sens et alors dans quel sens? Que voyons-nous, en effet? Au début, le scoliosique n'a aucun muscle impuissant. Au réveil, il se tient parfaitement droit; ce n'est qu'au bout de quelque temps qu'il se dévie. Faites le reposer : la rectitude revient pour céder la place à la déviation. La cause réelle, je le répète, demeure inconnue, et bien que le développement irrégulier des vertèbres considéré comme étiologie séduise moins que l'insuffisance musculaire, en ce sens qu'il se concilie mal avec les alternatives de mieux et de pis si fréquentes dans l'affection qui nous occupe, j'estime que, sur ce sujet, on ne saurait être affirmatif en raison de l'extrême rareté des nécropsies de scoliosique récente. De cette difficulté, il ne résulte pas qu'il y ait ou doive y avoir un désaccord complet au point de vue de la thérapeutique.

On varie seulement sur le quantùm de chaque moyen à employer. Aussi conclus-je ainsi. L'anatomie pathologique de la scoliose n'est pas faite, et la thérapeutique est flottante. Aussi fera-t-on longtemps encore des corsets, des lits mécaniques et de la gymnastique.

M. DESPRÈS. M. Duchenne (de Boulogne) a donné une bonne explication de la scoliose; suivant lui, la scoliose serait due à un défaut d'équilibre musculaire entre les muscles antagonistes. M. Trélat l'a lu comme moi. Aussi je ne comprends pas la différence du traitement employé selon les degrés. Quand j'ai entendu la lecture des observations de Pravaz, j'ai pensé qu'il avait eu affaire à des cas favorables;

car eu cas de scoliose osseuse, comment les orthopédistes arriveraient-ils à redresser des vertèbres déformées. Je le répète, les cas présentés sont des cas favorables; et je le crois d'autant plus, qu'au fond de l'orthopédie gît un côté spécialiste qui doit rendre extrêmement réservé dans l'appréciation des résultats. Nous avons tous plus ou moins la tendance à dire que nous avons guéri des cas très-graves, alors que les cas étaient en réalité plus simples; les orthopédistes ne font pas exception.

M. LE FORT. Je ne pense pas que ce soit contre M. Pravaz que cette appréciation soit dirigée. Nous ne pourrious accepter des personnalités.

M. DESPRÈS. Je me suis tenu purement et simplement dans les généralités, et je n'ai fait allusion à personne en particulier.

M. DEPAUL. J'ai eu occasion de voir un grand nombre de scolioses, et je crois que notre diversité d'opinion tient à ce que l'on confond sous le même nom des lésions qui n'ont entre elles aucun rapport. C'est ainsi que les lésions musculaires, osseuses, nerveuses même, les attitudes vicieuses même sont toutes appelées scolioses. On m'a souvent amené des jeunes filles déviées pour lesquelles avaient été conseillés des corsets et des appareils. Je me suis souvent opposé à leur application, et je m'en suis applaudi, lorsque quelques années plus tard j'ai eu occasion de retrouver les mêmes personnes absolument droites, et cela sans qu'on eût employé ces engins, qui sont toujours une note défavorable pour le sujet qui les porte. Aussi suis-je convaincu que la scoliose récente est apte à guérir par le régime, par la vie au grand air, par les attitudes, etc., mais point par les corsets. Quant à la scoliose osseuse avec déformation réelle du rachis, on ne la guérit pas, quel que soit l'appareil employé.

M. DUBRUEIL. Chacun ayant son opinion faite, je ne chercherai point à l'ébranler. Je dirai seulement à M. Després qu'il est sage de tenir un plus grand compte de l'opinion des gens qui s'occupent spécialement d'une question que des affirmations de ceux qui y sont étrangers; à M. Depaul, que les corsets ont du bon, mais qu'ils n'ont jamais eu la prétention de redresser les déviations confirmées depuis longtemps chez les adultes.

La société décide que le rapport de M. Dubrueil sera inséré au *Bulletin.*

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1874.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

M. LARREY offre : 1° de la part du docteur Chenu : *Aperçu historique, statistique et clinique sur le service des ambulances et des hôpitaux de la Société française de secours aux blessés ;*

2° De la part du docteur L. Leclerc : *Albucasis, son œuvre pour la première fois reconstituée ;*

3° De la part du docteur Constant Infernet : *Quelques réflexions sur quatre cas d'éléphantiasis du scrotum ;*

4° De la part du docteur Dumont (de Porto-Rico), deux travaux manuscrits : *Observation d'un cas d'oschiotomie chez la femme. — Lettre sur les calculs prostatiques et sur la piqûre anatomique.* (Rapporteur : M. Horteloup);

5° De la part du docteur Castorani : *Mémoire sur l'extraction linéaire externe simple et combinée de la cataracte :*

6° De la part du docteur O. Lecomte : *Essai de physiologie mécanique du mouvement de la main.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai demandé la parole à propos du procès-verbal, bien moins pour critiquer le rapport de M. Dubrueil, dont je partage en tout point les appréciations et les conclusions, que pour discuter quelques affirmations émises dans la dernière séance, et qui m'ont paru en complète opposition avec ce que j'ai pu voir à l'hôpital des Enfants-Malades.

Depuis bientôt deux ans chargé de ce service, et considérant l'orthopédie comme une des branches les plus importantes d'un service de chirurgie d'enfants, j'ai cherché, en établissant une consultation hebdomadaire spéciale, à réunir le plus de faits possible, afin de pouvoir en tirer quelques conséquences pratiques.

J'ai pu, de la sorte, soigner un nombre assez considérable de scolioses pour qu'il dépasse le chiffre de 100, et voici les quelques points sur lesquels je veux insister.

Je ne reviendrai point sur l'étiologie. Les opinions les plus diverses se sont fait jour à ce sujet, et je me rangerais volontiers du côté de M. Trélat, lorsqu'il affirmait qu'après une étude approfondie du sujet, il était arrivé à cette conclusion que, ce que l'on savait le mieux, c'est que l'on savait peu de chose. Comment, en effet, affirmer quelque chose de positif au milieu d'opinions telles que le développement incomplet des vertèbres, le relâchement des ligaments, l'exagération des courbures normales, les contractures ou l'atrophie de tel ou tel groupe musculaire? Toutes opinions défendues ou attaquées par tels ou tels auteurs avec plus ou moins de bonnes raisons pour ou contre, j'abandonne donc l'étiologie et j'arrive au côté pratique.

J'avoue que, vu le nombre relativement considérable de scoliosiques observés par moi, je n'ai jamais vu ceux que M. Trélat nous a dépeints dans la dernière séance, scoliosiques intermittents se présentant d'abord droits à leur lever, s'incurvant à la moindre fatigue, puis se corrigeant par le repos. Tous les sujets, sans exception, m'ont présenté une déviation constante appréciable à la vue, au toucher, et susceptible de mensuration et variant comme flèche d'un quart de centimètre à 5 centimètres. Les parents, interrogés avec soin sur les antécédents, n'ont jamais invoqué les atteintes plus ou moins vicieuses que l'on accusait naguère de produire les déviations latérales du rachis; dans aucun cas, je n'ai pu retrouver cette cause, aussi suis-je parfaitement convaincu de la vérité de l'assertion émise par Malgaigne, à savoir que jamais une attitude vicieuse ne peut produire une scoliose. Le rachitisme, la mauvaise constitution, le terrain défavorable, en un mot, sont les véritables causes de la déviation.

Tous les sujets observés et soignés par moi ont été invariablement soumis, d'une part, à des exercices quotidiens de courte durée, sur le compte desquels je reviendrai quand il s'agira du procédé qu'un de nos confrères de Marseille a développé devant vous ; d'autre part, à l'habitude d'un corset connu sous le nom de corset de Ducresson ou du corset de Taylor, et je dois le dire, sans que je puisse attribuer ce succès à la croissance ou au corset, ou à la gymnastique. J'ai vu constamment, dans les cas légers, et je considère comme tels ceux de 1 centimètre, une amélioration notable et facile à mesurer se manifester au bout de trois mois environ.

Dans les cas plus graves de 2, 3, 3 centimètres et demi, l'amélioration était plus lente à obtenir, mais se produisait cependant dans

certaine mesure. Je ne parle que pour mémoire des cas si malheureusement choisis par M. Dubreuil (de Marseille), cas de ditorsion extrême du rachis, où toute méthode de traitement devait échouer.

Je n'ai jamais employé, pour ces différents cas, le repos au lit, convaincu par l'exemple que nous donnaient tous les jours le mal de Pott, les coxalgies, etc., qu'un pareil traitement serait bientôt suivi d'un déplorable résultat, caractérisé par l'émaciation rapide de l'enfant et l'espèce de cachexie qui en résulte.

Je conclurai donc, en regrettant de m'appuyer sur une aussi courte expérience, de la façon suivante :

Étant donnée une scoliose caractérisée comme celles que j'ai observées par une flèche de 1 centimètre et demi au moins, je conseillerais d'abord l'emploi d'un corset bien fait, et je me garderais bien, dans la crainte, ainsi qu'on l'a dit, d'infliger pour l'avenir une mauvaise note au sujet, de me confier à la bonne nature qui, à elle seule, me semble, dans l'espèce, très-sujette à caution ; je pratiquerais en même temps, soit une gymnastique appropriée à la circonstance, soit les méthodes de suspension préconisées par Pravaz, et je m'aiderais surtout d'une hygiène bien entendue et d'une nourriture substantielle et réparatrice.

M. DESPRÈS. A l'occasion des observations que vient de faire notre collègue M. de Saint-Germain, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que la discussion actuelle tend à confondre de nouveau des maladies qui ont été très-bien distinguées. Nous avons été élevés dans cette idée que la scoliose, qui se montre à l'âge de la puberté chez les jeunes filles et quelquefois chez les jeunes garçons, était tout à fait différente des déformations rachitiques de la colonne vertébrale, qui existent avec d'autres déformations rachitiques chez de jeunes enfants.

Pour faire cesser la confusion et pour répondre à cette opinion qu'il est difficile de se prononcer sur la cause de la scoliose, il suffit de rendre au rachitisme ce qui appartient au rachitisme, c'est-à-dire de n'admettre une lésion osseuse que dans le cas de rachitisme, et de réserver le nom de scoliose légitime à celle qui apparaît à l'âge de la puberté ou dans l'enfance même, et pour laquelle l'étiologie proposée par M. Duchenne (de Boulogne) me paraît des plus satisfaisantes. Dans cette scoliose il y a un défaut de puissance entre les muscles antagonistes, qu'il y ait lésion primitive du muscle ou troubles nerveux des centres, et c'est cette scoliose que nous avons tous guéri par une bonne hygiène, la gymnastique, un bon corset, et l'élec-

tricité quelquefois, que l'enfant soit jeune ou qu'il s'agisse d'un adolescent.

RAPPORT

M. HORTELOUP lit le rapport suivant sur un travail de M. Chassaniol :

Combustion humaine spontanée. — Vous avez reçu de M. Chassaniol (de Brest) un mémoire, intitulé : *Quelques considérations sur la combustion humaine spontanée*, dont vous avez chargé de vous rendre compte une commission composée de MM. Forget, Paulet et Horteloup.

La première observation de combustion spontanée ne remonte pas à deux cents ans, 1692; depuis cette époque, une cinquantaine de faits se trouvent répartis dans les ouvrages scientifiques, et, en 1870, un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Berthalle, en a rapporté un soi-disant cas.

La combustion spontanée du corps humain, c'est-à-dire la combustion produite sans cause connue ou par l'approche plus ou moins immédiate d'un corps en ignition, a trouvé, en France, un certain nombre de partisans. En Allemagne, il n'en a pas été de même; à la suite du meurtre de la comtesse de Garlitz, en 1847, dont on avait voulu expliquer la mort par une combustion spontanée, de nombreuses expériences, auxquelles prirent part les plus grands savants de l'Allemagne, furent exécutées, et la théorie de la combustion spontanée fut repoussée comme une fable. Aussi Casper, dans son *Traité de médecine légale*, crut pouvoir écrire qu'il était affligeant d'être obligé, en 1870, dans une œuvre scientifique et sérieuse, de parler encore de la fable appelée combustion spontanée. Depuis deux siècles, ajoute-t-il, l'Allemagne possède une organisation médicale qui contrôle les cas de cette espèce, tandis qu'en France et dans d'autres pays, il n'existe pas de semblable organisation. — Remarquant que ces faits ont été surtout rapportés par des prêtres, des moines, des paysans, Casper dit qu'en France il y a bien plus de superstition qu'en Allemagne, aussi n'est-il pas étonnant que la France soit la patrie de la combustion spontanée, qui n'aura plus, espère-t-il, à paraître devant la science médicale.

Ce sont ces lignes qui ont engagé notre confrère M. Chassaniol à rechercher de quel côté se trouve la vérité, et surtout à défendre les médecins français des péchés d'ignorance et de superstition que nous a donnés Casper avec tant de facilité.

Le mémoire de M. Chassaniol aurait peut-être été plus en situation à la Société de médecine légale, mais c'est à votre barre que notre savant confrère a voulu faire juger en dernier ressort l'histoire de la combustion, et, comme je ne crois pas que vous vouliez vous déclarer ncompétents, je vous demande la permission de vous exposer brièvement toutes les questions qui se trouvent dans cet intéressant travail, auquel on peut faire le reproche d'être un peu confus.

Pour élucider une question aussi délicate que la combustion spontanée, il n'y a que deux méthodes.

Ou prouver que les faits sont authentiques, ou donner une théorie appuyée sur des expériences concluantes.

La première méthode ne peut rien donner, car personne digne de foi n'a assisté à une combustion spontanée. Un médecin allemand, Ebert, a voulu réfuter l'opinion de ses compatriotes en s'appuyant sur un fait qu'il avait, disait-il, observé lorsqu'il avait dix-sept ans; mais son observation n'a pas plus d'authenticité que les autres, car on a objecté avec raison qu'à cet âge il ne savait même pas ce que pouvait être une combustion spontanée.

M. Devergie, qui a été un zélé défenseur de ce phénomène, a publié un cas qu'il avait été, disait-il, à même d'observer, mais M. Tardieu a fait remarquer que ce ne fut qu'après avoir été frappé de la combustion avancée qu'offrait un cadavre qu'on lui avait apporté à la Morgue, que M. Devergie crut devoir se rendre sur les lieux pour mieux juger de l'état de la chambre où la combustion s'était opérée.

Malgré ce manque complet d'examen direct, les auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'en ont pas moins admis que la combustion spontanée présentait certaines particularités.

Ainsi le corps brûlait avec une flamme bleue qui se laissait facilement éteindre par l'eau, il exhalait une odeur pénétrante et empyreumatique, il laissait un dépôt noirâtre qui recouvrait les murs et les meubles, mais ces particularités n'appartiennent nullement à la combustion spontanée, car on les a constatées dans des expériences. De plus on avait admis que quatre fois sur cinq, ce phénomène s'était présenté sur des femmes dont la vie était sédentaire, que rarement elles étaient au-dessous de cinquante ans, que leur embonpoint était considérable, et que presque toutes étaient adonnées à l'abus des liqueurs alcooliques, et si nous consultons des derniers travaux qui ont été faits sur l'alcoolisme, nous voyons que si l'on observe quelques femmes s'adonnant à l'alcool vers l'âge de la ménopause, ce sont principalement des jeunes femmes adonnées aux plaisirs qui boivent

beaucoup de liqueurs alcooliques et qu'elles ne présentent pas un degré considérable d'obésité.

Ne pouvant nous appuyer sur aucun fait authentique, nous sommes obligés de recourir à la seconde méthode, c'est-à-dire chercher si une hypothèse s'appuyant sur des expériences plus ou moins probantes permet d'étayer une théorie avec laquelle on puisse admettre un phénomène semblable.

L'idée la plus ancienne qui ait été mise en avant a été de croire que l'usage de l'alcool pouvait permettre au corps de s'enflammer, quoique les derniers travaux de MM. Ludger, Lallemant, Perrin et Deroy aient prouvé que loin de se trausformer, l'alcool se retrouvait en entier dans le sang, le cerveau, le foie, il est difficile de se rallier à cette hypothèse.

Je crois inutile de rappeler les expériences de Casper, Bischoff, Liébig, voulant mettre le feu à des cadavres ou morceau de cadavres laissés plus ou moins longtemps dans l'esprit de vin, car, comme a fait remarquer M. Tardieu, si parce que, sur un cadavre, les tissus imbibés d'alcool n'ont pas pris feu au contact de la flamme, il est impossible de rien conclure relativement à un phénomène qui, s'il est réel, n'a jamais pu se produire, suivant M. Guérard, que sous l'influence d'une modification vitale de l'orgauisme, et en vertu d'une disposition toute spéciale.

Aussi, pour se rapprocher un peu plus de la réalité, Bischoff, après avoir injecté de l'éther dans la veine crurale d'un chien, mit le feu à l'air expiré qui était chargé d'éther, mais la flamme s'éteignit sans se communiquer à l'intérieur.

Pelikau introduisit dans la gueule d'un chien un morceau de potasse qui produisit une flamme considérable, mais sans autre résultat qu'une brûlure superficielle de la cavité buccale. Par une fistule stomacale, il introduisit un morceau du sodium, il se manifesta par la fistule un torrent de feu, mais le chien fut vite rétabli.

On peut objecter à ces expériences que les sujets n'étaient pas alcooliques, et que leurs tissus n'étaient pas dans les conditions voulues; mais nous trouvons dans un travail de Ledos, publié en 1823, une réponse assez concluante. Il prit plusieurs femmes adonnées aux boissons alcooliques, et il leur fit boire pendant un certain temps un demi-litre d'alcool par jour, puis, ayant engagé ces femmes à garder la bouche pleine d'alcool, il y mit le feu : la liqueur contenue dans la bouche, dit l'expérimentateur, prit feu, des éructatious spiritueuses eurent lieu, mais la propagation du calorique ne parut pas aller au-delà. Une de ces buveuses de profession, convaincue par plu-

sieurs expériences de l'inutilité de ces tentatives, proposa d'avaler l'eau-de-vie enflammée dans sa bouche, ce qu'elle fit sans éprouver autre chose qu'une chaleur de l'estomac et une petite douleur qui se dissipa au bout de trois jours.

Ces expériences peu connues ne permettent pas d'attribuer à l'alcool en nature un grand rôle dans la production de la combustion spontanée. D'autres auteurs ont voulu donner l'explication de ce phénomène par l'électricité, se basant sur la propriété que possèdent les cheveux de certaines personnes de pouvoir produire des étincelles électriques au contact d'un peigne, ils se sont demandé si des courants électriques traversant le corps ne pouvaient pas en occasionner la combustion. Strubel admettait que des étincelles électriques, parcourant le corps dans toutes les directions, devaient décomposer en plus ou moins grandes quantités l'eau qui constitue le corps et enflammer les parties élémentaires résultant de cette décomposition, l'hydrogène et l'oxygène. Par une argumentation très-serrée qu'il serait un peu long de vous rapporter, Liebig a prouvé que semblable théorie était en opposition formelle avec la physique; et que, même si l'on admettait que tout se passe ainsi, le corps ne s'enflammerait pas, mais éclaterait en mille pièces avec un bruit terrible semblable à celui d'une bombe.

D'autres auteurs ont voulu expliquer la combustion spontanée par la présence d'un gaz pouvant s'enflammer, soit au contact d'un corps enflammé, soit chimiquement, par son mélange avec un autre gaz. On s'appuyait sur l'observation d'un boucher de Neufchatel qui avait vu sortir d'une incision faite au ventre d'un bœuf qu'il venait d'abattre, un gaz qui s'enflamma à l'approche d'une lumière et qui brûla avec une flamme haute de 5 pieds. D'autres observateurs cités par Pelikan disent avoir obtenu un semblable résultat avec des cadavres humains.

Quoiqu'on n'ait fait ces observations que sur des cadavres, l'idée d'un gaz contenu dans le corps a été une théorie des plus acceptées. Marc qui, un des premiers, soutint cette thèse dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, croyait à la présence de l'hydrogène; Henle, à celle de l'hydrogène phosphoré. Mais aucune analyse n'a été faite pour constater la nature de ces gaz.

Malgré les recherches de MM. Lallemand, Perin et Dusoy, dont j'ai parlé plus haut, M. Chassaniol se basant sur ce que l'on ne retrouve jamais toute la quantité d'alcool ingéré, est assez disposé à se ranger à l'avis des chimistes qui croient que l'alcool, dans ses diverses transformations, passe à l'état d'hydrogène protocarboné ou

d'oxyde de carbone. Quoique émise par des hommes de valeur, cette théorie ne repose sur rien.

Il en est de même de l'opinion contenue par M. Lauvergne (de Brest) qui, mettant à profit les recherches de M. P. Thénard sur les propriétés inflammables des phosphures d'hydrogène, est porté à admettre que ces phosphures peuvent se produire par suite de la grande quantité de phosphore contenu dans le corps. Ne peut-on pas croire, dit-il, qu'il ne produise dans le cerveau, dans le sang des réactions donnant naissance aux phosphures d'hydrogène.

Mais si nous consultons les belles analyses qui ont été faites par MM. Regnauld et Besset, et de nouveau par Petenkoffen, des gaz de l'intestin, des poumons, du sang et des différents liquides de l'économie, on voit que pas un chimiste n'a constaté la présence des phosphures d'hydrogène. De plus, je rappellerai que la théorie de la réduction des phosphates de l'économie, admise pour expliquer la formation des feux follets des cimetières, a été complétement détruite par M. Lefort dans son beau travail sur le rôle du phosphore et des phosphates dans la putréfaction.

En l'absence d'une théorie donnant une satisfaction quelconque, faut-il, comme Julia Fontenelle, chercher la cause de la combustion spontanée dans une décomposition intérieure tout à fait indépendante de l'influence d'agents extérieurs, par une sorte de dégénérescence des muscles, des aponévroses des intestins, ou faut-il admettre, comme M. Chassaniol, que, entre ses transformations plus que problématiques, l'alcool est un agent puissant et direct de stéatose, et surtout de stéatose pathologique qui peut substituer, chez certaines constitutions, aux humeurs et aux tissus vivants des éléments inertes et dépourvus de vie. Je crois que la lecture de ces opinions suffit pour les réfuter, et qu'elles sont, comme l'a dit M. Devergie en parlant de celle de Fonteuelle, du genre des opinions que l'on admet en médecine quand le raisonnement devient insuffisant.

Dans ces dernières années, quelques auteurs se sont demandé si l'on ne pouvait pas rapprocher les combustions spontanées des faits dont M. Chevalier a rapporté de nombreux cas dans un mémoire sur les incendies et inflammations spontanées des différents corps poreux tels que la paille, le charbon de terre, le chanvre, le lin, etc. Mais il est impossible de s'arrêter à cette opinion lorsqu'on étudie les phénomènes chimiques qui se produisent dans les incendies; ainsi pour les meules de foin, M. Chevalier prouve que s'il se trouve au centre une assez grande quantité de foin humide et fortement tassé, il se développe une fermentation assez vive pour produire une

élévation de température suffisante pour enflammer certains points de la meule.

Pour les incendies de vieux chiffons ou des bourres de coton imprégnés d'huile, il est facile de les expliquer par l'absorption de l'oxygène par les huiles qui peut se produire avec une assez grande rapidité pour développer une chaleur capable d'enflammer les corps gras.

Dans les houillères, la transformation de la pyrite en sulfate de fer au contact de l'air et de l'humidité, suffit pour occasionner un dégagement de chaleur tel que la houille peut prendre feu.

Je crois que ces exemples sont de nature à montrer que ces faits n'ont aucun rapport avec le sujet dont nous nous occupons. Aussi, quoi qu'on fasse, il est impossible de trouver une théorie pouvant faire admettre la combustion spontanée; aussi M. Chassaniol est-il bien obligé d'en convenir, et cependant « je ne puis me résoudre, dit-il, à penser qu'Orfila, Siebold, Dupuytren, Devergie et bien d'autres auteurs aient pu se tromper, aussi avancera-t-on avec moi que Bischoff et Liebig ont été très-inconvenants en traitant ces hommes justement célèbres d'hommes ignorants et d'observateurs superficiels de faits ».

Je regrette de ne pas même pouvoir partager sur ce point l'opinion de M. Chassaniol, car s'il avait été moins porté à trouver des partisans à la combustion spontanée, il aurait vu qu'il n'était même pas possible de s'appuyer sur toutes ces autorités.

Sauf M. Devergie, qui admettait que les tissus étaient capables de s'imprégner d'une telle quantité d'alcool que l'exhalation cutanée n'étant plus en rapport avec l'absorption intérieure, la combustion du corps devenait plus facile à l'approche d'une cause déterminante bien faible, sauf cet auteur, il est difficile de s'appuyer sur Orfila et Dupuytren.

Orfila a écrit sur la combustion spontanée un petit article de trois pages qui ne contient ni critique ni opinion personnelle, et il n'a que certainement voulu ne pas être incomplet en passant sous silence ce problème.

Il commence bien son chapitre en disant que, quoique la combustion spontanée n'ait pas été jusqu'à présent expliquée, elle doit pourtant être admise ; mais le reste de son article montre d'une manière évidente combien il y croyait peu.

Ainsi, après avoir dit que les causes prédisposantes paraissent dépendre d'un état particulier des solides et des humeurs pouvant tenir à la présence d'une certaine quantité d'alcool; que les causes occasionnelles sont, pour les uns, le contact avec une matière en ignition,

pour les autres, comme Lecat, Rapp et Marc, la réunion des trois circonstances suivantes : un état électrique particulier, la présence de l'alcool ou d'un gaz inflammable dans nos organes et d'une quantité notable de graisse, Orfila ajoute : Toujours est-il vrai que l'on n'a pas constamment trouvé un corps en ignition près des restes des sujets ; qu'il est également avisé que toutes les victimes ne faisaient pas abus d'alcool ; que, dans beaucoup de cas, l'atmosphère ne paraissait pas surchargée d'électricité au moment de la combustion, et enfin qu'il est difficile de prouver que le phénomène dépendait d'un état électrique du sujet.

C'est-à-dire qu'en quelques lignes Orfila démolit complétement les théories qu'il vient de citer, aussi ajoute-t-il : « Nous ne pousserons pas plus loin l'examen des causes occasionnelles, parce qu'il serait impossible dans l'état actuel de la science d'établir autre chose que des conjectures dont le vague se ferait sentir. »

Quant à Dupuytren, le doute est encore moins permis ; il ne croit pas à la combustion spontanée : « On a nié, dit-il, qu'une combustion autre que la combustion spontanée pût consumer complétement un corps en une seule nuit. » Or, pour montrer le vide d'une semblable assertion, il raconte que pour faire disparaître les restes des cadavres dérobés dans les cimetières, les étudiants les brûlaient, et, qu'en effet, plus il y avait de graisse plus la combustion était rapide, mais que la nuit suffisait toujours.

Voilà comment Dupuytren expliquait ces soi-disants cas de combustion spontanée : « Une femme rentre chez elle après avoir pris une dose un peu forte de liqueurs spiritueuses ; il fait froid, et pour résister à la rigueur de la saison, un peu de feu est allumé ; elle s'assied sur une chaise, une chaufferette placée sous les pieds. Au coma produit par les liqueurs vient se joindre l'asphyxie produite par le charbon ; le feu prend aux vêtements ; dans cet état la douleur se tait ; le sujet est dans une complète insensibilité ; le feu gagne, les vêtements s'enflamment et se consument ; la peau brûle ; l'épiderme carbonisé se crevasee ; la graisse fond et coule au dehors ; une partie ruisselle sur le parquet, le reste sert à entretenir la combustion ; le jour arrive, et tout est consumé. » Voilà comment l'alcool a été cause occasionnelle de la combustion ; c'est en produisant le coma et non pas un prétendu amalgame avec nos tissus qu'il agit.

Il cite quelques lignes plus bas l'observation d'une vieille femme arrivée de cette manière, « et tout, dit Dupuytren, m'a convaincu de la fausseté de l'opinion des auteurs sur l'influence de l'alcool comme identifié avec nos tissus dans la combustion spontanée ; tout

m'a convaincu qu'il n'agit que comme stupéfiant; que l'asphyxie due au charbon et le coma par l'insensibilité qu'ils déterminent, sont les causes véritables d'une combustion qui toujours est communiquée et qui jamais ne survient *spontanément.* »

Arrivé à la fin de ce long rapport, je pense avoir prouvé que jusqu'à présent il est impossible d'accepter comme vraie la combustion spontanée des corps. Faut il affirmer que jamais elle ne se présentera, je crois que ce serait aller trop loin; mais il faut bien reconnaître que jamais il n'y a eu une observation authentique, et que rien dans la science ne vous autorise à l'accepter. Aussi, comme l'a dit M. Tardieu, n'est-ce ni à la théorie ni à l'expérimentation, mais à l'observation qu'il faut en appeler, et lorsqu'un cas aura été observé par un homme digne de foi, la combustion spontanée devra prendre rang dans cette classe, malheureusement toujours trop grande, de faits réels, mais inexplicables.

Messieurs, quoique votre rapporteur ait été obligé de combattre le mémoire de M. Chassaniol, il ne peut s'empêcher d'en apprécier tout le travail et d'en reconnaître le mérite; aussi votre commission espère-t-elle que vous en tiendrez bon compte lorsque vous aurez à désigner des membres correspondants, et j'ai l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Chassaniol;

2° Inscrire M. Chassaniol dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de correspondant;

3° De déposer son mémoire dans les archives de la Société.

DISCUSSION

M. LE FORT. Je relèverai une erreur de date. Casper est mort il y a une dizaine d'années; on ne peut donc le faire parler en 1870. Quant à son appréciation relative aux médecins français, je crois qu'il y a là une erreur d'interprétation due à ce que nous ne savons pas l'organisation pratique en Allemagne et surtout celle qui est relative aux médecins départementaux qui sont chargés de relever, dans leur circonscription, tout ce qui se fait d'important, tout ce qui se passe d'extraordinaire; je suis assez convaincu de l'estime que Casper portait aux médecins français pour me porter garant qu'il n'a pas voulu les traiter d'ignorants.

Les conclusions de M. le rapporteur sont adoptées : le travail de M. Chassaniol sera envoyé aux archives, et le rapport de M. Horteloup inséré au *Bulletin*.

LECTURE

M. CAZIN (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant, lit l'observation suivante :

Hernie crurale étranglée. — Opération ***in extremis.*** **— Guérison. — Curieux épiphénomènes. —** Mme S... , âgée de cinquante-huit ans, marchande de pommes de terre en gros et, par cette profession, obligée de porter de lourds fardeaux , est affectée de hernie crurale du côté droit, et d'une pointe de hernie inguinale gauche, toutes deux maintenues par un mauvais bandage. J'ai été appelé depuis dix ans quatre ou cinq fois pour réduire la hernie crurale qui s'engoue facilemeut ; même il y a trois ans , je dus revenir par trois fois au taxis et ne pus la faire rentrer qu'après un bain de deux heures.

Le 5 juin, à quatre heures du matin, je suis appelé de nouveau auprès de Mme S..., elle souffrait, me dit-on, de coliques atroces depuis la veille à neuf heures du soir. L'invasion du mal avait été soudaine, instantanée, car quelques minutes auparavant elle vaquait à ses occupations avec autant de facilité que d'habitude.

A mon arrivée chez elle, rue de Brecquerecque, n° 34, à Boulogue-sur-Mer, je la trouve dans un état d'angoise inexprimable, elle jetait des cris lamentables, indiquant les souffrances atroces dout sa physionomie profondément altérée reflétait l'intensité ; la peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse violacée ; les traits sont contractés, le pouls presque insensible ; pris au dépourvu, je n'ai pu constater la température exacte, les vomissements sont incessants et ne s'arrêtent que pour faire place à un hoquet des plus pénibles ; le ventre est ballonné, mais peu douloureux à la pression; il n'y a pas eu de selles depuis hier à cinq heures du matin. L'agitation est continuelle, la malade ne peut rester en place et, d'une voix éteinte, demande la mort.

La hernie, encore recouverte incomplétement de son bandage, qu'elle a eu la persévérance de garder toute la nuit, et que je m'empresse d'enlever, est dure, tendue, du volume d'un gros marron, est très-sensible au toucher, le taxis modéré ne donne aucun résultat.

Nous avons donc ici affaire à un de ces étranglements à marche rapide, avec sidération profonde de l'économie, donnant à la malade l'aspect d'une femme arrivée à la période algide du choléra.

Fallait-il laisser cette malheureuse succomber ; l'issue fatale me paraissait imminente.

Je fais quérir en toute hâte un de mes confrères, le docteur Jilliette, et seuls, sur une table disposée rapidement, nous donnons en tremblant un peu de chloroforme; j'essaye en vain le taxis, puis je pratique la kélotomie suivant les règles ordinaires; elle fut faite vivement sans accident digne d'être noté : l'intestin était rouge, un peu violet, mais sans aucune teinte mate, ni grisâtre; après incision du collet du sac et du ligament de Gunbernat, la réduction se fit facilement.

Prescription : champagne, vin de malaga, glace, frictions sèches et alcoolisées sur tout le corps, boules d'eau chaude. L'état reste le même jusqu'à midi : pouls 120, filiforme, température c. 37°2, nous n'avions rien gagné, mais aussi nous n'avions rien perdu.

Lavement purgatif qui donne un résultat à quatre heures; en même temps les vomissements cessent, le ventre s'affaisse un peu.

Vers le soir seulement la chaleur s'était rétablie modérément, température 38 degrés. Les jours suivants les choses allèrent graduellement en s'améliorant, mais la voix ne reprit son timbre normal et sa force que huit jonrs après l'opération. Au bout de trois semaines, la malade, presque guérie, pouvait faire quelques pas dans sa chambre.

Je ne me rappelle pas avoir eu d'émotion chirurgicale plus vive, car, tout en opérant, nous étions obligés d'avoir l'œil sur la physionomie, sur la respiration, le doigt sur le pouls, nous attendant à chaque instant à voir cette malade succomber; nous avions même sérieusement hésité à lui administrer le chloroforme; mais sans l'anesthésie, l'indocilité et l'agitation de la malade eussent rendu l'opération impossible, sinon dangereuse. La guérison a été un résultat incspéré, dans ce cas qui avait été pour ainsi dire foudroyant.

Mais le point intéressant de cette observation est un phénomène secondaire que je n'ai vu noté nulle part, que je sache.

Vers le cinquième jour après l'opération, la malade se plaignit d'une sensation particulière de fourmillement dans les doigts des deux mains et des deux pieds, elle comparait cette sensation à celle que l'on éprouve lorsque les mains ont séjourné longtemps dans l'eau. L'examen de ces extrémités n'indiquait pourtant rien d'anormal; peut-être la coloration des tissus était-elle moindre.

Deux jours après, la pulpe des doigts était augmentée de volume, l'épiderme distendu par un peu de liquide; ce n'était pas des phlyctènes isolées, mais toute la région jusqu'à la deuxième phalange était soulevée, et cela aux pieds et aux mains. Les jours qui suivirent, l'épiderme se rompit, il s'écoula un peu de sérosité, et il se fit

une véritable desquamation en doigt de gant, analogue à celle qui se produit dans la scarlatine.

Au bout de trois semaines la chute complète de ces lames épidermiques n'était pas effectuée.

Je ne crois pas devoir être accusé de faire des hypothèses, en admettant une corrélation entre cette modification dans la vitalité des couches les plus superficielles de la peau et l'algidité extrême qui a précédé l'opération.

Il s'est passé là, en dehors de tout influence de froid intérieur, ce qui arrive dans les froidures au deuxième degré.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Plusieurs points m'ont frappé dans l'intéressante observation de M. Cazin.

D'abord le succès de la kélotomie dans un cas rendu si grave par l'algidité, puis le traitement consécutif employé après l'opération et enfin l'hésitation si légitime de notre confrère à administrer le chloroforme.

L'algidité aggrave tellement le pronostic de l'étranglement herniaire et diminue tant les chances opératoires que certains chirurgiens se refusent à agir tant l'insuccès est constant en pareille occurrence.

La vérité est que la presque totalité des opérés meurent rapidement, malgré la levée de l'étranglement; cependant j'ai sauvé un malade, et depuis je ne recule plus, quel que soit l'état du patient.

J'ai cherché depuis longtemps les causes de cette gravité inhérente à l'algidité, et j'ai avancé sur preuves qu'elle était due bien souvent à une congestion pulmonaire très-intense qui accompagne fréquemment la constriction intestinale et la rétention des matières stercorales. J'ai publié et fait publier par mes élèves des faits fort probants; on en trouve d'autres dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

J'en ai tiré cette conclusion pratique qu'il fallait après l'opération surveiller la poitrine et combattre, dès, qu'elle se montre la congestion susdite. J'ai la certitude d'avoir sauvé un second malade d'après cette vue. Au lieu de donner soit les purgatifs, soit l'opium, j'administre généralement les stimulants, la potion de Told entre autres, et je fais couvrir la poitrine de ventouses sèches, de sinapismes, etc. On a vu que M. Cazin avait agi de même et avec succès.

La dernière question que je veux soulever est relative à la chloro-

formisation. Un certain nombre de chirurgiens pensent qu'on ne doit pas endormir les malades, surtout quand il y a une sorte d'affaissement et de collapsus. Ils disent d'ailleurs que l'opération est peu douloureuse, que la section seule de la peau est pénible, mais que les autres temps sont presque indolents. Cette proscription est admissible quand on procède directement à l'ouverture du sac, sans essayer le taxis; mais si l'on tente au préalable la réduction, celle-ci est si notoirement favorisée par l'anesthésie qu'on est en droit et presque en devoir d'y recourir. Si le taxis échoue, et que, suivant l'opinion la plus juste et la plus accréditée, on procède tout de suite à la kélotomie, on profitera naturellement du sommeil déjà obtenu et on l'entretiendra au besoin. Je reconnais volontiers que la chloroformisation est chose délicate en cas d'algidité et de congestion bien manifeste des poumons. Je me suis trouvé, il y a quelques mois, fort embarassé dans un cas de ce genre.

Hernie inguinale interne, étranglée depuis trois jours. — Congestion pulmonaire. — Taxis avec le chloroforme. — Réduction facile. — Mort par asphyxie neuf heures après. — Je fus mandé un vendredi soir auprès d'un malade âgé de trente-trois ans, atteint d'étranglement herniaire qui avait débuté le mardi précédent dans la matinée. On avait fait plusieurs tentatives de taxis sans succès, administré les purgatifs et appliqué sur la tumeur les topiques les plus divers. Je trouvai les choses dans l'état suivant : dans la région inguinale droite existait une tumeur du volume d'une orange située au devant de l'orifice cutané du canal inguinal et descendant à peine dans le scrotum. C'était un volumineux bubonocèle que je reconnus être une hernie inguinale interne. La tumeur recouverte par une épaisse couche de graisse était dure, résistante, sensible au toucher. Le ventre était peu douloureux, mais fort ballonné, les muscles se contractaient énergiquement quand on touchait à la hernie.

L'étranglement s'était produit dans des circonstances particulières. La hernie existait depuis longues années et avait été soutenue jadis par un bandage. Mais depuis plus de six mois le malade, ayant gardé le lit à cause d'une affection thoracique, avait supprimé son appareil.

Rétabli depuis peu de jours, il commençait à se lever, et c'est précisément en se promenant dans son jardin, le mardi matin, que la hernie était sortie et s'était subitement étranglée.

L'état général était mauvais. Sans parler des vomissements et des coliques violentes et incessantes, on notait des troubles sérieux du

côté de la respiration. La face était congestionnée, l'inspiration laborieuse, la dyspnée évidente, le malade avait la parole saccadée et le regard inquiet, il s'agitait continuellement dans son lit, rejetait les couvertures, demandait de l'air, en proie à une excitation qui me fait croire à des habitudes alcooliques.

L'auscultation me révéla dans les deux poumons, et du haut en bas, les signes d'une congestion pulmonaire très-manifeste ; les battements du cœur étaient réguliers, mais petits et très-accélérés. Faute de thermomètre, je ne pus constater la température; mais, au toucher, les extrémités semblaient froides, sans qu'on en pût rien conclure, le malade ayant toujours (la soirée était un peu fraîche d'ailleurs), les bras et les jambes à découvert. Je voulus m'enquérir de la maladie antérieure, mais le seul renseignement que je pus obtenir, c'est qu'il s'agissait d'une *affection cardio-pulmonaire.*

Je fus, comme on peut le croire, fort perplexe: l'étranglement menaçait prochainement la vie, et il fallait le lever à tout prix; mais le choix du moyen était difficile. Le taxis simple avait échoué plusieurs fois déjà et sans doute ne m'eût pas mieux réussi, car aussitôt qu'on touchait à la hernie endolorie, la paroi abdominale se contractait avec énergie, et le malade criait et s'agitait violemment. La kélotomie eût été également bien laborieuse dans ces conditions et fort grave par elle-même dans l'état où se trouvait le patient.

En revanche, aucune autre indication m'excitait à la réduction si on pouvait l'obtenir sans trop d'effort et en supprimant la résistance due à la contraction musculaire ; mais, pour cela, il fallait employer le chloroforme, qui à son tour était contre-indiqué par l'état de la respiration.

Entre tous ces périls je crus choisir le moindre en endormant mon malade : j'administrai moi-même le chloroforme avec les plus grandes précautions et pus obtenir assez facilement la résolution, procéder alors au taxis, je pus en moins de dix minutes faire rentrer la hernie.

Pendant toute la séance, le pouls et la respiration avaient été réguliers. A la fin, la sensibilité revenait, le patient s'agita un peu, et aussitôt la face redevint bleuâtre comme s'il y avait un commencement d'asphyxie. Je flagellai vigoureusement l'épigastre et les parois thoraciques et les inspirations reprirent leur ampleur, toutefois le réveil tarda à s'effectuer, et la coloration du visage persista.

Au bout d'un quart d'heure cependant, la parole revint avec la connaissance entière. La tendance au sommeil seule persistait.

Je prescrivis de couvrir soigneusement le ventre et les membres

abdominaux, de mettre aux pieds une boule d'eau chaude, de maintenir la tête et la poitrine dans la position élevée, d'administrer les stimulants, la potion de Tood entre autres et enfin d'appliquer sur les parois du thorax une série de sinapismes et enfin de nombreuses ventouses sèches.

Toutes ces prescriptions furent exécutées, mais sans succès durable; à plusieurs reprises la respiration sembla se rétablir complétement, mais bientôt elle s'embarrassait de nouveau, de sorte qu'à la fin de la nuit, vers six heures du matin, le malade s'éteignit comme lentement asphyxié.

Certainement la chloroformisation peut être incriminée dans ce cas, mais il ne faut pas oublier qu'avant son emploi la congestion pulmonaire était déjà fort intense et menaçait prochainement la vie. Peut-être aurait-il fallu d'abord la combattre avant tout et remettre les tentatives de réduction à quelques heures plus tard. En tout cas, j'ai voulu faire connaître un nouveau fait qui montre jusqu'à l'évidence le rôle que joue dans l'étranglement herniaire une complication thoracique que, depuis plusieurs années, je signale avec persistance.

M. DESPRÈS. L'expression *in extremis* employée par M. Cazin me paraît exagérée ; nous réservons, en effet, cette appellation pour les cas dans lesquels l'étranglement dure depuis longtemps, deux ou trois jours, par exemple. Je trouve, dans le cas relaté par notre collègue, qu'il a opéré à temps et que, de plus, ce cas peut compter parmi les cas favorables. J'ai vu à Cochin beaucoup de hernies étranglées (on sait que la statistique de l'hôpital Cochin, pour les hernies étranglées, est une des plus favorables), et j'ai observé chez un grand nombre de malades un refroidissement marqué. Était-ce de la véritable algidité ? Non certes. C'est la réfrigération que l'on observe quand le malade pâlit et va vomir, refroidissement qui n'a rien de comparable à l'algidité due à une véritable intoxicatiou causée par un étranglement prolongé, et qui, elle, est une vraie contre-indication à la kélotomie.

M. LEDENTU. J'ai observé dernièrement à la Salpêtrière un fait intéressant. Il s'agissait d'une femme présentant un étranglement herniaire avec dyspnée considérable. Elle avait cependaut eu une garderobe le jour même où je la vis. Aussi ne l'opérai-je pas sur-le-champ. Le lendemain, malgré deux nouvelles selles, la dyspnée avait augmenté ; les lèvres étaient cyanosées, les extrémités froides et violacées ; je me décidais à l'opérer, et, comme l'étranglement n'était pas

fort ancien, je tentai le débridement en dehors du sac. Malgré une adhérence déjà ancienne, puisque la malade avait déjà été opérée une fois, je pus débrider sur le ligament de Gimbernat, et je réduisis. Le lendemain et le surlendemain, même état. Le quatrième jour, dyspnée plus grande et mort. J'ajouterai, comme renseignement, qu'elle avait vomi la veille de l'opération, puis une ou deux fois après; mais qu'elle ne présentait pas de signes bien tranchés de péritonite. Je n'en trouvai pas, du reste, à l'autopsie. Sauf une petite fausse membrane sur l'anse herniée, sauf une arborisation assez marquée, je n'observai rien de caractéristique, si ce n'est une congestion pulmonaire des mieux accusées.

Faut-il donc attribuer ces phénomènes à une action générale du système nerveux concentrée sur le plexus solaire? Ce qu'il y a de certain, c'est que l'on constate dans ces cas surtout d'énormes différences individuelles, suivant leur irritabilité et leur non irritabilité. Les algides appartiendraient à la classe des irritables.

M. CAZIN. Je n'avais pas affaire, dans mon cas, à une réfrigération temporaire, mais à une véritable algidité, qui menaçait d'amener la mort.

M. DESPRÈS. Je persiste à déclarer qu'on ne peut considérer une opération de hernie étranglée après douze heures comme une opération *in extremis*, et que cela peut être classé dans les cas favorables.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL fait part à la société des travaux chirurgicaux qui ont été présentés au congrès scientifique de Lille :

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE LILLE

1. Leudet. Alcoolisme dans les classes aisées, chloroforme et opium. — Anesthésie des ivrognes, par l'opium.

2. Paquet. Aconitine dans les accidents traumatiques. — Tétanos. — Érysipèle.

3. Folet. Résection du poignet.

4. Guignier. Fractures des membres par armes de guerre. — Préférence pour la conservation. — Intéressante discussion : MM. Ollier, Lamerdat, Giraldès, Verneuil, Trélat.

5. H. de L'Aulnoit. Trépanation pour abcès du cerveau.

6. H. de L'Aulnoit. Amputation avec lambeau périostique.

7. Ollier. Résection du pied.

8. Dransart. Blephmophimosis.
9. Gayet, de Lyon. Bandage d'Esmarch. — Anévrysme.
10. Viennois. Condamnation de la résection de la hanche.
11. Tripier. Production artificielle du rachitisme.
12. Dally. Pathologie musculaire. — Torticolis.
13. Pozzé. Mort subite dans les opérations de polype naso-pharyngien.
14. Trélat. Angiome douloureux. — Compression du nerf radial.
15. Courty. Rétroflexions internes.
16. Cazin. Opération césarienne avec fibrome utérin.
17. Parise. Désarticulation de l'épaule et du scapulum.
18. L: Tripier. Sensibilité récurrente. — Application à la pathologie et médecine opératoire.
19. Giraldès. Ostéite phlegmoneuse.
20. Verneuil. Névralgies traumatiques précoces.
21. Laroyenne. Appareil pour le redressement des membres.
22. Perroud. Phthisie d'origine traumatique.

M. MARC SÉE demande à ajouter à la liste des travaux énumérés par M. Verneuil la communication de M. Donders, relative aux gaz du sang et, en particulier, au rôle que joue l'hygiène dans nos tissus.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1874.

Présidence de M. LE FORT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine.

M. DUPLAY offre le quatrième fascicule du tome IV du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

M. VANZETTI, membre correspondant à Padoue, fait hommage d'une brochure sur l'*Uncipression,* nouveau procédé pour arrêter l'hémorrhagie de certaines plaies.

M. DEMARQUAY offre de la part du docteur Henri Terrillon de Varsovie, un ouvrage : *Philosophie de la nature.*

M. LARREY présente, de la part de M. Henri Dumont, un travail manuscrit : *Recherches sur certaines tumeurs cutanées molles non décrites* (rapporteur M. Horteloup). M. Larrey fait, en son propre nom, don à la bibliothèque de 68 thèses de chirurgie.

PRIX LABORIE

La société reçoit et admet, pour le concours du prix Laborie, les deux travaux suivants :

1° *Du silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle.*

2° *Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations.*

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. DEMARQUAY. La question de l'algidité dans l'étranglement herniaire m'a occupé depuis longtemps. Je me rappelle avoir reçu dans mon service, en 1854, un homme porteur d'une hernie étranglée et présentant une telle algidité qu'on l'avait fait entrer comme cholérique. Ayant eu pourtant l'occasion d'observer, dans des cas analogues, tantôt un abaissement, tantôt une élévation de température, je fis des expériences dans le cabinet de M. Claude Bernard, et j'observai que lorsque sur les chiens je déterminais un étranglement très-rapproché du duodénum, les vomissements étaient plus rapides, plus fréquents, et la réfrigération était notablement augmentée. On pourrait conclure que lorsque chez l'homme on observe une algidité rapide et intense on a affaire à un étranglement situé très-haut.

M. VERNEUIL. Quand je me suis occupé de la question de l'algidité, j'étais disposé à attribuer ce phénomène à l'étranglement lui-même.

Les expériences sur les animaux, faites à mon instigation par M. Terrillon, n'ont pas donné les résultats que j'attendais, et à plusieurs reprises la réfrigération ne s'est pas montrée après l'étranglement. Quant à l'importance du siége signalée par M. Demarquay, j'ai recueilli un fait qui ne concorde pas avec l'opinion qu'il émettait ; j'admets cependant d'une manière positive l'influence de l'étranglement sur l'algidité, et si les lois qui président à cette influence ne

sont pas encore connues, il faut reconnaître que la réfrigération est un signe précieux pour faire distinguer l'obstruction simple du véritable étranglement. Je me rappelle avoir observé un cas remarquable dans ce sens. Un malade se présente à l'hôpital avec des douleurs abdominales atroces. Son ventre est plutôt déprimé que ballonné, il n'y a pas d'obstruction apparente. Il a 35 degrés et une fraction de température, abaissement que l'on n'observe qu'à la suite des grands désordres produits par un traumatisme considérable. Sur ce signe je diagnostiquai un étranglement; je n'en restai pas moins désarmé, ne pouvant, sans la moindre donnée, pratiquer l'opération; le malade succomba dans la nuit qui suivit son entrée, et à l'autopsie nous trouvâmes un étranglement de 25 c. intéressant le gros intestin. Toute l'S iliaque avait passé sous le bord du mésentère et se trouvait étranglée comme par une ligature. On voit que bien que l'étranglement intéressât ici la partie la plus basse de l'intestin, la réfrigération n'en était pas moins considérable.

M. DEMARQUAY. Je ferai remarquer qu'il y avait ici non pas un véritable étranglement, mais plutôt une invagination. Je concède cependant que l'étendue peut avoir une grande part dans le refroidissement. Notons pourtant qu'un phénomène étranger vient compliquer souvent la question; je veux parler de la gangrène qui, ainsi qu'on le sait, produit le refroidissement alors même qu'elle n'occupe qu'un espace fort limité. Pour nous borner à la question de l'étranglement herniaire, j'ai, je le répète, constamment observé dans mes expériences que l'algidité était toujours proportionnée à la hauteur plus ou moins considérable du point où l'on pratiquait l'étranglement. Je ne voudrais pas critiquer les expériences de M. Terrillon; mais on sait qu'après ces opérations la péritonite éclate à un moment donné, et c'est alors que survient une élévation de température qui peut devenir une cause d'erreur.

M. VERNEUIL. Je me bornerai à répondre à M. Demarquay que la gangrène était absolument étrangère au fait que j'ai cité, et que M. Terrillon a trop l'expérience des vivisections pour ne point savoir à quel moment il est utile d'observer. Le développement de la péritonite n'a donc pu influencer en rien le résultat de ses expériences.

LECTURE

M. GUYON fait la lecture suivante au nom de M. Fleury (de Clermont), membre correspondant :

Absence congénitale de la vessie. — Incontinence d'urine. — Péritonite développée à la suite du cathétérisme. — Une jeune fille de la campagne, bien constituée, réglée depuis deux ans, est reçue à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 5 septembre 1874 pour y être traitée d'une incontinence d'urine qui existerait, dit-elle, depuis un an et qui serait survenue à la suite d'une rétention provoquée par une maladie dont le nom lui est inconnu.

La vulve, la partie supérieure et interne des cuisses sont le siége d'un érythème douloureux analogue à celui que l'on observe chez les femmes qui ont une fistule vésico-vaginale. Quelle peut en être la cause ?

J'introduis une sonde d'argent dans la canal de l'urèthre, elle pénètre sans difficulté; mais son contact est douloureux, et bientôt elle est arrêtée à 4 centimètres de longueur à peu près.

Je crois d'abord que la vessie s'est rétractée et que l'instrument explorateur touche le fond de l'organe qui vient coiffer son col, comme nous l'observons quelquefois à la suite des cystites chroniques ou des fistules vésico-vaginales.

En introduisant le doigt dans le vagin on sent que l'anneau vulvaire est relâché, le col de l'utérus est allongé, mais on ne trouve rien à la paroi antérieure du conduit vulvo-utérin qui puisse rendre compte de cette incontinence. Il est impossible d'examiner les urines puisqu'elles s'écoulent continuellement et qu'on ne peut en recueillir dans un vase.

L'état général est excellent, toutes les fonctions de l'économie s'exécutent à merveille.

Je renvoie au lendemain l'exploration au spéculum; mais le 7, lorsque je me dispose à examiner la malade, je trouve l'hypogastre un peu douloureux et le pouls fréquent; la figure offre une teinte légèrement violacée, comme on l'observe dans la bronchite typhoïde; néanmoins la peau est très-peu chaude, la malade répond d'une manière précise aux questions qu'on lui adresse.

Serions-nous au début d'une fièvre typhoïde? Serait-ce un commencement de péritonite? La première affection ne marche pas aussi promptement. Quelle pourrait être la cause de la péritonite? Le cathétérisme a été simple, court et facilement supporté par la malade. Quelques jours auparavant la même exploration avait été faite dans une salle de médecine, il n'en était rien résulté de fâcheux (cataplasmes sur le ventre, boissons rafraîchissantes, bains de siége, diète).

Les jours suivants ces symptômes se sont accentués, l'abdomen est peut-être cependant un peu moins douloureux ; mais la jeune

malade, qui est calme le jour, est très-agitée pendant la nuit et pousse des cris qui empêchent ses voisines de dormir; le pouls est faible et très-fréquent; la teinte asphyxique du visage augmente; la langue se sèche, les dents et les gencives se couvrent d'un enduit futigineux; elle succombe huit jours après le début du mal.

L'autopsie devait offrir un grand intérêt; elle a été pratiquée dans la journée du 16.

Un épanchement de pus s'est fait dans l'abdomen; ce liquide est peu abondant, mais il est étendu en masse sur toutes les anses intestinales.

J'ai enlevé avec soin les organes génitaux urinaires après avoir scié les deux branches qui forment l'arcade du pubis.

La matrice seule s'aperçoit dans le bassin, il n'y existe aucune apparence de vessie; la paroi supérieure de l'urèthre est divisée dans toute sa longueur, l'instrument s'arrête au niveau du col de l'organe.

Je cherche à y arriver par les urétères. Ces canaux offrent leur disposition et leur calibre normaux. Un stylet introduit dans leur cavité vient aboutir sur les côtés du cul-de-sac qui termine l'urèthre; la vessie n'existe donc pas; les urétères arrivent directement au canal de l'urèthre; le rein gauche est converti en kystes nombreux qui renferment une matière crémeuse d'un blanc jaunâtre; le rein droit est sain.

Cette jeune fille a donc succombé à une péritonite dont la cause est bien bénigne, car on ne peut l'attribuer qu'à l'exploration qui a été pratiquée; nous avons vu qu'elle a été simple et facile.

Des faits semblables existent dans la science. Comment, avec une absence complète de la vessie, peut-on expliquer une incontinence d'urine qui ne remonterait qu'à un an?

Après sa mort j'ai recueilli quelques renseignements auprès de sa mère, qui nous a dit que depuis l'âge de quatre ans l'enfant urinait sous elle. Il est certain que cette infirmité était congénitale.

Si depuis un an elle était devenue insupportable pour cette jeune fille, c'est que probablement à la suite de la maladie dont elle a été atteinte, les urines sont devenues plus âcres et ont irrité les parties avec lesquelles elles étaient en contact.

L'absence de la vessie pouvait donc faire croire à l'existence d'un état maladif dont la nature fût restée complétement inconnue si la malade n'eût pas succombé dans notre hôpital.

J'ignore si des faits semblables existent dans la science, c'est une question que je soumets à mes savants collègues de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

Polypes des arrière-narines. — M. TRÉLAT. J'ai déjà entretenu la société d'une série de faits qui m'ont paru intéressants; je veux parler de ces polypes que j'ai caractérisés par ce mot: *polypes des arrière-narines*, polypes muqueux, mais présentant une procidence dans la gorge et un aspect tout spécial qui pourrait les faire confondre avec les polypes naso-pharyngiens qui sont, ainsi qu'on le sait, sarcomateux, et d'une tout autre nature que les premiers.

On m'a amené cette année un jeune homme de dix-sept ans, présentant en arrière du voile du palais une tumeur que mon doigt ne pouvait circonscrire qu'incomplétement. J'insistai pour qu'il entrât dans mon service, et nous pûmes l'examiner à loisir.

Je trouvai alors, derrière le voile du palais, une tumeur bilobée d'un centimètre et demi de diamètre qui obéissait avec une grande docilité aux contractions du voile lui-même. Il me fut impossible de déterminer par le toucher son implantation. Au fond de la narine gauche, nous constatâmes l'existence d'un polype muqueux. Ce signe d'une très-grande importance diagnostique venait du reste se joindre à d'autres signes favorables, à savoir l'absence d'hémorrhagies, de douleurs, de dysphagie, en un mot d'une gêne quelque peu notable. Dans une troisième séance qui devait n'être qu'une séance d'essai, et qui, par le fait, devint définitive, j'introduisis dans le nez une petite tige destinée à conduire et à faire passer en arrière de la tumeur le fil du galvano-cautère. A un moment donné, je sentis le polype étranglé par le fil qui, avec la tige conductrice, constituait absolument un serre-nœud. Ne pouvant résister à la tentation d'en finir sur-le-champ, si cela était possible, j'opérai des tractions, et je pus amener d'arrière en avant la totalité de la tumeur qui présentait en effet deux lobes postérieurs et un chapelet muqueux antérieur; je suis persuadé que tous nos collègues ont observé des faits de ce genre; mais ce qui m'a frappé, c'est que j'ai trouvé dans mes livres la relation d'opérations graves, de véritables mutilations faites dans le but d'extirper des polypes naso-pharyngiens dont l'implantation se trouvait être très-mince. Ainsi, sans vouloir en quoi que ce soit attaquer en pareille occurrence le diagnostic et l'opportunité de l'opération, suis-je absolument convaincu qu'en raison de la facilité de l'erreur à commettre, on a parfois inutilement pratiqué des mutilations de la face pour des polypes des arrière-narines confondus avec les polypes naso-pharyngiens. En résumé, les polypes des arrière-narines pré-

sentent dans l'arrière-gorge une saillie dure, charnue, qui peut induire en erreur; ils se distinguent des sarcomes par l'absence d'hémorrhagie, de dysphagie, par la coïncidence fréquente de polypes muqueux dans l'une ou l'autre narine; mais, comme leur couleur et leur consistance peuvent tromper, il faut y regarder à plusieurs fois avant d'établir le diagnostic d'une manière absolue et surtout avant d'instituer le traitement si différent suivant que l'on aura affaire à telle ou telle espèce.

DISCUSSION

M. DUPLAY. J'ai rencontré quelques cas analogues à ceux qu'a cités M. Trélat, et, tout en constatant certaines difficultés, je dois dire que sur trois cas qui se sont présentés à moi et que j'ai opérés, je n'ai pas hésité, et je ne crois pas avoir eu grand mérite à cela. La coexistence des polypes muqueux dans la partie antérieure des fosses nasales, de même que la consistance spéciale de la tumeur, doivent éclairer le chirurgien; j'estime même qu'il y aurait quelque danger à porter le trouble dans l'esprit des praticiens, relativement à une question dont la solution me paraît sinon facile, au moins toujours possible, à la condition d'apporter à son examen tout le soin nécessaire et de ne pas considérer les exceptions comme la règle, témoin le cas cité par M. Gosselin où il y avait coexistence d'un polype muqueux avec un polype naso-pharyngien. Pour moi je me suis toujours bien trouvé de laisser un doigt à la partie postérieure des fosses nasales et de fixer ainsi la masse, puis d'insinuer par la partie antérieure de petites pinces qui vont à la rencontre de mon doigt et ne peuvent manquer aussi de saisir le pédicule. En résumé, je ne considère pas le point de diagnostic traité par notre collègue comme très-difficile, au moins dans l'immense majorité des cas.

M. DESPRÈS. J'ai vu deux polypes des arrière-fosses nasales. Un dans le service de Velpeau. Il avait le volume d'un œuf de pigeon et n'était le siége d'aucune hémorrhagie. Velpeau diagnostiqua un polype naso-pharyngien et l'enleva en deux temps. Il sectionna d'abord avec le serre-nœud toute la partie qui faisait procidence; puis, trois jours après, il arracha le pédicule à l'aide de pinces introduites par les narines. En rapprochant mes souvenirs de la description faite par M. Trélat, je crois bien que c'était un polype muqueux modifié.

L'an dernier j'ai observé, sur une femme de soixante-huit ans, un polype analogue à celui que nous a décrit M. Duplay. Une des narines était oblitérée, et l'on sentait derrière le voile du palais une

tumeur bien circonscrite, que je diagnostiquai polype muqueux, éclairé, du reste, par un petit polype muqueux bien net visible dans l'autre narine. Je l'extirpai en introduisant le doigt par la partie postérieure, le repoussant en avant et l'arrachant à l'aide de pinces introduites par la narine.

M. DUBRUEIL. Je me souviens d'avoir vu, dans le service de Jarjavay, une tumeur rétro-palatine, molle, blanchâtre, en forme de massue, que Jarjavay n'hésita pas à considérer comme un polype muqueux et à l'arracher comme il a été dit précédemment.

M. DEMARQUAY. Je suis de l'avis de M. Duplay. J'ai vu un certain nombre de ces polypes, et j'ai dû de ne point hésiter aux conseils que donnait Blandin à ce sujet. « Si l'on porte, disait-il, le doigt en arrière du polype, et si l'on peut remonter vers l'apophyse basilaire sans constater son insertion, on a affaire à un polype de la partie postérieure des fosses nasales. J'en ai lié ou arraché plusieurs, et je me suis en général bien trouvé de les enfiler de façon à les empêcher d'être déglutis et de déterminer des accidents de gastro-entérite analogues à ceux que j'ai vus dans le service de Breschet, à la suite d'un accident de cette sorte.

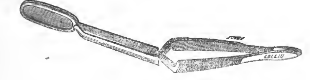
M. TRÉLAT. Je n'ai pas dit que le diagnostic fût très-difficile, j'ai dit qu'il y avait des tumeurs rétro-pharyngiennes simulant les polypes naso-pharyngiens; et je crois avoir bien fait d'insister sur ce point de diagnostic. M. Duplay, M. Dubrueil, ont vu des tumeurs rosées, blanchâtres, présentant tous les caractères des polypes muqueux. Cela n'est point mon cas, lequel avait des caractères de dureté et de couleur analogues à ceux des sarcomes. Il faut également tenir compte du point de départ dans l'examen. M. Duplay a été consulté pour un polype du nez, c'est consécutivement qu'il a découvert la tumeur rétro-palatine. C'est, au contraire, pour une tumeur du pharynx que l'on m'a amené le jeune homme dont j'ai décrit l'histoire, et ce n'est qu'après que le polype du nez m'est apparu. Le but de ma communication est purement et simplement de mettre en garde contre la ressemblance que le temps peut créer au point de vue de l'aspect, de la forme, de la couleur et de la consistance entre les polypes muqueux des arrière-narines et les sarcomes naso-pharyngiens, je ne doute pas, pour ma part, qu'à une époque qui ne remonte guère à plus de douze ans, bon nombre de ces erreurs n'aient été commises; depuis la plupart des chirurgieus se sont occupés de la question, et il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on sache mieux aujourd'hui qu'alors établir une distinction bien tranchée.

M. FORGET. M. Trélat me paraît avoir été dans son langage quel-

que peu au-delà de sa pensée en faisant remonter à douze années seulement le progrès relatif à la question des polypes muqueux ou naso-pharyngiens. Je me souviens d'avoir entendu, il y a trente ans, Lisfranc faire une clinique sur le même sujet, insister sur ces cas douteux analogues à ceux qu'a cités M. Trélat, et décrire même tout au long le procédé d'extraction à l'aide du doigt placé en arrière et de la pince introduite en avant. Il ne faudrait, par conséquent, pas dire que nos maîtres en ignorassent aussi complétement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. TILLAUX présente un instrument de Collin, destiné à faciliter l'opération de la fistule recto-vaginale. Construit sur le principe de la pince de Desmarres, destinée à l'extirpation des kystes des paupières, cet instrument se compose de deux mors, l'un plein, l'autre en forme d'anneau. L'un s'introduit dans le rectum, l'autre dans le vagin et



tous deux limitent en se rapprochant les bords de la fistule, qu'ils permettent d'aviver sans une goutte de sang et même de suturer, car le mors plein est concave et muni d'une plaque cornée qui facilite le passage des aiguilles et des fils. On peut en un mot, à l'aide de cet instrument, opérer à ciel ouvert la fistule recto-vaginale.

COMMUNICATION

Nouveau procédé d'opération de la fistule recto-vaginale. — M. DEMARQUAY. Je demande à la société, à l'occasion de la communication intéressante de M. Tillaux, de faire connaître un nouveau procédé opératoire qui m'a donné tout récemment un très-beau résultat. J'ai eu occasion de faire une série d'opérations pour guérir des fistules recto-vaginales sans réussir. La cause de mes revers tenait, à deux choses : à l'accumulation des matières intestinales dans le gros intestin, à leur volume et à leur dureté, et surtout à la résistance de l'anus, quand il s'agissait de les faire sortir ; pendant les efforts que la malade faisait pour aller à la garde-robe, la cicatrice

se rompait en tout ou en partie, et les matières passaient de nouveau par le vagin; il y avait encore une condition anatomique d'insuccès : c'était la tension dans le sens transversal de la paroi inférieure du vagin. Pour faire disparaître ces mauvaises conditions, voici le procédé que j'ai mis en usage sur une jeune femme affectée d'une large fistule recto-vaginale, amenée par une manœuvre malheureuse d'un instrument tranchant dans l'ablation d'un polype utérin. L'opération doit être divisée en deux temps. L'opération préliminaire ayant pour but de faire disparaître les obstacles qui s'opposent à la guérison. Pour cela je fends l'anus et la paroi postérieure du rectum comme dans l'opération de la fistule à l'anus jusqu'au coccyx. Cette opération a pour résultat : 1° d'amener un relâchement considérable dans la paroi postérieure du vagin, et 2° de permettre d'opérer la fistule par le rectum, en quelque sorte à ciel ouvert, et 3° enfin de permettre aux matières intestinales de s'écouler facilement au dehors.

Quant au deuxième temps de l'opération, il se fait : 1° sur la surface intestinale où l'on pratique un large avivement obliquement taillé comme cela se passe dans la fistule vésico-vaginale opérée suivant le procédé américain; 2° l'avivement étant fait largement et l'écoulement sanguin étant arrêté, je fais une suture métallique avec les aiguilles courbes de Blandin, en traversant la paroi inférieure du vagin, j'adosse complétement les surfaces avivées, à l'aide d'une série de points de suture dont les fils sont tordus dans le vagin comme dans la fistule vésico-vaginale. Cela se fait facilement en raison du relâchechement des parties, par suite de l'incision profonde du sphincter. Grâce à cette incision, non-seulement les matières ne séjournent point dans le gros intestin, mais j'en provoque facilement l'expulsion à l'aide d'un léger laxatif. Des injections d'eau fraîche sont faites chaque matin dans le vagin. Comme il n'y a point de tension dans les parties réunies, on peut laisser les fils en place aussi longtemps qu'on veut. Je propose de les laisser huit à dix jours.

Quant au premier temps de l'opération, consistant à inciser profondément la partie de l'anus, voici ce qui se passe: petit à petit cette plaie se cicatrise et arrive à une guérison complète, absolument comme s'il s'agissait d'une opération de fistule à l'anus. Ma malade, guérie de sa fistule et de l'opération préliminaire, conservait très-bien ses matières intestinales, comme si le sphincter n'avait point été intéressé.

Mais, dira-t-on, votre opération préliminaire est grave. A cela je répondrai: Je l'ai faite souvent pour rendre facile des opérations sur le rectum et cela sans inconvénient, et puis il y a-t-il pour une jeune

femme une infirmité plus dégoûtante que celle d'une fistule recto-vaginale, et ne faut-il point à tout prix l'en débarrasser?

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

M. LARREY offre, de la part du docteur G. Cerfmayer, une observation imprimée : *Opération césarienne pratiquée sur une femme rachitique au dernier degré; succès pour la mère et l'enfant.*

M. GIRALDÈS offre : *Calendar of the Royal college of surgeons of England.*

PRIX LABORIE

La société reçoit et admet au concours du prix Laborie les travaux suivants :

1° Étude sur la môle hydatoïde;

2° Étude sur les cals douloureux;

3° Contribution à l'histoire de la luxation de l'extrémité supérieure du radius;

4° De l'hypertrophie de la prostate.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

De l'uncipression, nouveau procédé pour arrêter les hémorrhagies artérielles, par M. le professeur Vanzetti, de Padoue (analyse par M. Verneuil). — Peu de temps avant l'époque où la So-

ciété de chirurgie mettait à son ordre du jour le traitement des hémorrhagies de la paume de la main (août 1874), notre éminent collègue lisait à l'Institut des lettres, sciences et arts de Vienne, une note intéressante sur le même sujet (14 août 1874), note qui vient de paraître dans la *Gazette médicale de Padoue* (19 et 26 septembre).

Nous tenons en si grande estime tout ce qui sort de la plume de M. Vanzetti, que vous m'aviez chargé de vous faire connaître ce travail et d'en reproduire les points principaux dans notre bulletin.

M. Vanzetti rappelle combien les plaies artérielles peuvent devenir dangereuses par les difficultés qu'on éprouve à arrêter l'hémorrhagie, difficultés encore accrues par les effets de la compression exercée sur la plaie. Il proclame que la manière la plus sûre d'arrêter l'écoulement du sang consiste à débrider hardiment la plaie trop étroite pour découvrir le vaisseau blessé et le lier au-dessus et au-dessous du point lésé. C'est là, dit-il, une loi cardinale qu'on doit toujours avoir présente à l'esprit. Cependant les chirurgiens cessèrent de rechercher d'autres moyens, parce que le débridement de la plaie peut être par lui-même difficile, dangereux, impraticable en certains cas, et que d'ailleurs, même à son aide, des opérateurs habiles ont dû renoncer à la ligature directe et se voir forcés de découvrir l'artère plus ou moins loin de la blessure.

Heureusement, des moyens plus simples ont été trouvés et ont surtout réussi, tels sont la compression digitale indirecte, la flexion et l'extension forcées du membre, la ligature percutanée, l'ago-filopressure, etc., et malgré tout, les cas d'hémorrhagie sont si différents, compliqués, embarrassants, que la chirurgie souhaite toujours la découverte de nouveaux procédés.

M. Vanzetti, ne voulant pas prolonger ces généralités, concentre son attention sur les plaies artérielles de la paume de la main de l'avant-bras, et cite à ce propos l'excellente thèse de M. le docteur Martin (Paris, 1870) et l'exposé historique écrit par Adam Kiewiez, et couronné par la faculté de Würsbourg (1872). Il rapporte, à son tour, trois cas dans lesquels il parvint à arrêter des hémorrhagies graves, suite de blessure par instruments tranchants aigus, par un procédé qui, d'abord employé par hasard, fut ensuite appliqué avec préméditation. Ce procédé est par lui-même un acte chirurgical si simple, si ordinaire, si naturel, si vulgaire, il s'exécute si communément quand on paralyse la ligature elle-même, qu'on s'étonne qu'il n'ait point été utilisé jusqu'ici.

Pour l'employer, il n'est plus nécessaire de voir l'artère lésée, on n'a besoin ni de scalpel, ni de pinces, ni de fil, ni de bandes, ni de

compression, ni d'instruments nouveaux. Tout chirurgien, même inexpérimenté, pris à l'improviste et sans aides, peut à l'instant trouver ce qu'il lui faut dans la maison du riche, la chaumière du pauvre et la masure du paysan.

On ne saurait mieux faire connaître la nature et le mode d'emploi du procédé susdit, qu'en rapportant les cas où il a été mis en usage avec succès.

Un paysan de cinquante ans, très-robuste, fut blessé à la main gauche par la pointe d'un couteau de boucher. Il arrêta d'abord le sang avec son mouchoir enroulé autour de la main, et rentré chez lui, manda un chirurgien, qui appliqua un bandage compressif. Douze jours se passèrent sans accidents; le treizième jour, hémorrhagie abondante, que le praticien arrêta avec un appareil plus serré que le premier. Nouvelles hémorrhagies les vingt-quatre, vingt-cinq et vingt-huitième jours. Le 14 juillet 1870, on apporte à la Clinique ce malheureux dans un état effrayant d'anémie et de stupeur. L'artère humérale comprimée et le bandage enlevé, on trouve la main et la moitié de l'avant-bras gonflées, rouges et chaudes. La plaie longitudinale, mesurant 1 centimètre et demi, siége au dos de la main, dans le premier espace interosseux; ses bords sont meurtris, ecchymosés, séparés par des caillots qu'on expulse par la pression. Dès qu'on suspend la compression de l'humérale, la cavité se remplit de sang rutilant, s'échappant de deux points. On débride en haut et en bas, dans l'étendue de 2 centimètres environ, et on cherche l'artère, mais sans succès, au milieu des tissus infiltrés de sang et enflammés. On allait se décider à lier l'humérale quand, dans une nouvelle tentative, on parvint enfin à placer des ligatures, qui firent immédiatement cesser l'écoulement sanguin.

Dans la crainte néanmoins que l'artère ne fût pas réellement comprise dans les ligatures, et que l'hémorrhagie ne revînt plus ou moins vite, on jugea opportun de tenir les bords de la plaie bien écartés à l'aide de deux crochets doubles et aigus plongés profondément et maintenus constamment tendus au moyen de cordons fixés à leur manche et noués à l'autre extrémité à deux points saillants du plan incliné, sur lequel reposait la main.

Le malade passa une nuit agitée, mais la nuit suivante fut assez tranquille. Le surlendemain, à cinq heures du matin, le sang partit de la lèvre droite de la main. L'aide de clinique, accourant aussitôt, chercha, mais en vain, à appliquer une nouvelle ligature; en revanche, il arrêta l'hémorrhagie dès qu'il eut implanté de nouveau dans

le point saignant et maintenu bien tendu, le crochet qui s'était relâché.

A onze heures du matin, le même jour, le sang s'échappa également de la lèvre gauche; il fut aussitôt arrêté par la même manœuvre. Depuis, il ne reparut plus.

Les crochets furent maintenus en place quarante-huit heures. Après quoi, la plaie suivit sa marche régulière, et vingt-huit jours plus tard, le paysan quitta l'hôpital, ne conservant qu'un peu de gêne et de douleur dans les mouvements du pouce.

Réfléchissant à la manière dont s'était faite l'hémostase, M. Vanzetti en attribue l'honneur aux crochets qui, certainement, avaient entouré l'artère dans leur concavité et l'avaient ainsi maintenue comprimée. Il en conclut que ce procédé pourrait être utilisé dans d'autres cas, il se mit alors à méditer sur la forme et la couleur des crochets, sur les meilleurs moyens de les tenir convenablement tendus et d'immobiliser pendant le temps nécessaire les parties accrochées; il chercha à ne pas s'illusionner sur le résultat d'un seul cas et à ne pas exagérer les mérites du procédé; il se rappela d'ailleurs que Pilha avait vu plusieurs hémorrhagies rebelles de la paume de la main, ayant déterminé un degré extrême d'anémie, et qui cependant n'avaient pas exigé la ligature, parce que le simple débridement avait arrêté l'écoulement du sang. L'hémostase, due sans doute à l'irritation causée par les incisions, par la pression des éponges, par le contact des instruments et enfin par l'action de l'air, ce qui revient à dire que les seuls actes exécutés pour découvrir l'artère avaient suffi à en rendre la ligature inutile. Bien que M. Vanzetti fût convaincu que, chez son malade, l'hémorrhagie ne se fût point arrêtée toute seule, comme en somme il avait débridé la plaie, longtemps recherché l'artère, et donné large accès à l'air extérieur, il voulut tenir compte des remarques du chirurgien de Vienne avant de juger définitivement les crochets et désira ardemment employer ceux-ci seuls et sans aucune recherche préalable du vaisseau lié.

L'occasion se présenta le 6 décembre 1870.

Un garçon de vingt-huit ans s'implanta profondément la pointe d'un couteau dans la main gauche; il l'enveloppa dans un mouchoir et accourut à la Clinique. La plaie, située un peu au-dessous du milieu de la paume de la main, entre le métacarpien de l'index et du médius, était transversale d'à peine 1 centimètre, profonde et saignant abondamment, quand on ne comprimait plus l'artère humérale.

Le blessé étant placé sur un lit et la main appuyée sur un plan

incliné, on introduisit profondément à travers les bords de la plaie deux crochets aigus simples, qui arrêtèrent le sang dès qu'ils furent écartés avec une certaine force, il paraissait même suffisant de tirer sur un seul crochet. Néanmoins les deux furent convenablement fixés, comme dans le premier cas, et rien autre ne fut prescrit.

Le lendemain matin, ce jeune homme trouvait singulier qu'on lui tînt de la sorte la main accrochée quand l'hémorrhagie avait cessé depuis tant d'heures déjà, profita d'un moment où il n'était pas surveillé pour enlever prestement les crochets. Il n'y eut pas lieu de les remettre, ni alors ni plus tard, et huit jours après le blessé quitta la Clinique.

La troisième observation fut prise en avril 1872.

Un menuisier robuste, de cinquante-quatre ans, s'implanta à la face antérieure de l'avant-bras gauche la pointe triangulaire d'un de ses outils. Un jet de sang formidable s'échappa, et, malgré les efforts des assistants, un litre et demi de sang s'échappa avant l'arrivée du chirurgien. Deux médecins avaient d'abord entouré le bras avec un lien. Le chirurgien appliqua un tampon sur la plaie et amena en voiture à l'hôpital le blessé, qui s'évanouit deux fois pendant le trajet.

Le chirurgien de garde, pendant qu'un infirmier comprimait l'humérale, chercha vainement le vaisseau blessé. Alors il appliqua méthodiquement un bandage roulé depuis le bout des doigts jusqu'au coude.

Le lendemain matin, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite et le bandage ne présentait pas une goutte de sang. M. Vanzetti prévint cependant les élèves qu'il ne fallait pas trop se fier à la compression, que l'hémorrhagie reviendrait probablement tôt ou tard, et qu'ils eussent à se tenir prêts, à la première apparition du sang, à employer des moyens plus efficaces. Ces paroles, entendues par le blessé, agitèrent sans doute son cœur, en tout cas, à peine étaient-elles prononcées, que le bandage se pénétra instantanément de sang.

L'humérale comprimée et les bandes enlevées, on découvrit sur le trajet de l'artère cubitale, à 7 centimètres du poignet, une plaie transversale de 1 centimètre et demi, d'où s'échappait le sang; aussitôt deux crochets simples furent insinués dans la plaie et en écartant très-obliquement les bords pour mieux contenir les deux chefs du vaisseau qu'on supposait coupés en travers. Cette première tentative échoua, ainsi qu'une seconde, dans laquelle les crochets furent tendus plus vigoureusement et dans une autre direction, ainsi qu'une

troisième... Pendant les trois moments où la compression humérale avait été suspendue, un lac de sang avait inondé le coussin sur lequel, reposait le membre. M. Vanzetti fut un instant fort découragé; mais, ayant remplacé le crochet simple supérieur par un crochet double, il put instantanément arrêter le sang pour toujours.

Les cordons des crochets furent attachés à deux tiges de bois fixées perpendiculairement aux côtés du lit. Le blessé, gardé à vue, resta deux jours sur le lit d'opération. Le crochet supérieur était animé d'un mouvement de pulsation communiqué certainement par l'artère. Ce phénomène s'observait encore le lendemain soir et cessa la nuit suivante.

Le surlendemain, après quarante-huit heures, les crochets furent enlevés avec précaution et le malade fut transporté dans la salle. Il retourna chez lui le vingt-deuxième jour et reprit son travail le vingt-huitième, sans aucune gêne.

M. Vanzetti ignore quelle place occupera l'uncipression parmi les moyens de l'hémostase chirurgicale; mais en tenant compte des trois succès précités, elle doit pouvoir se recommander aux jeunes chirurgiens, peu inexpérimentés, aux médecins, à tous ceux, en un mot, qui ont coutume de n'opposer aux hémorrhagies des gros vaisseaux que la glace, les hyptiques et les bandages compressifs; moyens qui devraient être rayés de la liste des moyens à opposer aux sérieuses hémorrhagies. Ces moyens, en effet, sont non-seulement impuissants, mais encore pernicieux, parce qu'avec leur résultat trompeur et passager, ils entretiennent les illusions des blessés et des praticiens jusqu'au moment où surviennent les hémorrhagies secondaires, capables d'entraîner la mort pendant qu'on va chercher et qu'arrive un chirurgien capable de les arrêter. Il est donc à désirer que l'uncipression se montre assez efficace pour pouvoir au moins être toujours expérimentée dans la pratique commune au lieu et place de l'infidèle et funeste bandage compressif.

M. Vanzetti résume son mémoire dans les quelques propositions suivantes :

Pour arrêter efficacement une hémorrhagie dans une plaie par instrument pointu, on peut se contenter d'en tenir écartés les bords au moyen de deux crochets portés dans le fond de la plaie et maintenus en place pendant vingt-quatre, trente, quarante heures ou plus. Dans certains cas, un seul crochet peut suffire; dans d'autres, on peut avoir besoin d'en employer plusieurs.

L'arrêt de l'hémorrhagie est dû : à la pression directe ou indi-

recte exercée par les crochets sur l'artère ; à la courbure que celle-ci subit dans les tissus que le crochet tire au dehors ; à des changements dans ses rapports avec les parties voisines dus à la traction exercée.

Pour atteindre ce but, il peut être nécessaire de répéter plusieurs fois cette manœuvre ; de placer les crochets dans des points différents ; d'exercer la traction dans des directions diverses plus ou moins obliques, latérales ou verticales ; d'employer des crochets de courbures variées, simples ou doubles.

La douleur causée par les crochets est, en général, passagère et moindre que celle que produirait une pince.

Les crochets mousses, dilatateurs, etc., dont on se sert dans les opérations pour écarter les lèvres de l'incision et qui sont plus ou moins larges, ne peuvent faire une pression *linéaire*, et par suite, ne peuvent servir à l'uncipression.

On peut se servir de toute pointe ou tige mince en fer courbée au préalable, avec ou sans manche ; une épingle à cheveux, une fourchette de table, une grosse aiguille, etc. D'autres crochets sans manche, percés d'un trou à l'autre extrémité, ou munis d'un anneau pour permettre d'y fixer un fil, élastique ou non, peuvent encore être employés.

L'immobilité de la partie blessée et la tension continue des crochets sont nécessaires. Le chirurgien saura trouver, d'après les circonstances du temps et du lieu la manière la plus facile et la plus simple de donner au membre blessé une position convenable et l'immobilité désirée.

Le moyen le plus simple d'obtenir une tension continue est de fixer le crochet à un gros fil, et l'autre extrémité de celui-ci à un point immobile, le bois du lit, un bâton ou, mieux, l'appareil destiné à obtenir l'immobilité du membre, etc.

Au lieu des crochets, on pourrait se servir de tout autre instrument pouvant comprimer les bords de la plaie de dedans en dehors, comme, par exemple, le dilatateur des paupières.

L'artère blessée peut se trouver à l'une ou à l'autre des extrémités de la plaie ; et, dans ce cas, l'uncipression doit être faite non suivant la direction transversale des bords de la plaie, mais suivant la direction longitudinale.

Si l'artère située à l'extrémité de la plaie est entièrement coupée, pour pouvoir saisir et comprimer les deux bouts, il faut appliquer à cette extrémité deux crochets suivant une direction plus ou moins oblique, quand un seul crochet double ne peut remplir le but désiré.

Le temps pendant lequel les crochets devront rester en place varie avec le volume de l'artère, et suivant les règles données dans ces dernières années pour l'acupressure; ce temps sera suffisant pour la cicatrisation de la plaie vasculaire.

On peut se servir des crochets aigus employés par les chirurgiens pour faire tendre une tumeur ou une partie à reséquer. Suivant les cas, on emploiera les crochets simples ou doubles à pointes plus ou moins longues, suivant la profondeur, à courbures plus ou moins prononcées, en demi-cercle ou en faux, etc...

On peut quelquefois se servir encore de crochets à pointes mousses, préférables lorsqu'il s'agit d'une plaie étroite, qu'on craint de léser un nerf, ou l'artère que l'on veut comprimer.

M. Verneuil ajoute les réflexions suivantes :

Telle est l'uncipression avec ses états de service jusqu'à ce jour. Evidemment, et M. Vanzetti le reconnaît le premier, il faudra des faits plus nombreux pour décider si elle doit rester dans la pratique usuelle ou rejoindre dans l'oubli bien d'autres procédés ingénieux qui, à diverses époques, sont entrés en concurrence avec la ligature sans jamais parvenir à la détrôner.

Si M. Vanzetti était à notre tribune, ce dont nous nous féliciterions tous, je lui soumettrais quelques remarques; il me permettra donc de les énoncer en son absence.

L'uncipression aurait, suivant son auteur, deux avantages principaux; elle serait d'une exécution facile et pourrait être pratiquée en tout temps, en tout lieu, sans nécessiter le concours d'aides exercés, qu'on ne trouve pas facilement. Il me paraît indispensable de faire quelques réserves sur chacun de ces points.

Certainement il est assez facile d'introduire un crochet aigu au-dessous de l'artère blessée ou du point d'où sort le jet sanguin ; c'est ce que nous faisons journellement quand, au lieu de la pince ordinaire, nous employons le ténaculum pour poser une ligature. Tout le monde sait aussi que ce ténaculum mis en place, il suffit de le soulever, de l'attirer à soi pour arrêter le jet du sang. C'est sur ce fait si simple que repose sans conteste le principe du procédé. Il faut pourtant convenir que l'exploitation des crochets peut être malaisée, et la troisième observation de M. Vanzetti l'atteste suffisamment. Mais supposons la difficulté vaincue, une autre surgit, elle réside dans la fixation solide, invariable, des crochets susdits. Il est indispensable que les cordons attachés à l'instrument soient convenablement tendus, pas trop, car une traction trop énergique déchirerait

les parties molles transfixées, et assez cependant, car le moindre relâchement soustrairait l'artère à la compression linéaire qui doit effacer sa cavité. L'indocilité des malades, l'intolérance des tissus pour le corps étranger, la difficulté d'immobiliser absolument et pendant longtemps la région blessée, suscitaient certainement plus d'un obstacle à l'application et à la réussite de l'entreprise. Ajoutons qu'en certaines régions, le voisinage immédiat des veines et des nerfs satellites interdira l'usage des crochets, comme il fait proscrire ces ligatures médiates portées avec une aiguille courbe, qui sont d'un emploi si commode en certains cas spéciaux.

L'uncipression est passible d'un certain nombre des objections justement adressées à l'acupressure, dont elle se rapproche d'ailleurs sous plus d'un rapport.

M. Vanzetti a surmonté les difficultés, nul ne s'en étonnera qui connaît son habileté; mais qui pourrait dire que les médecins et les apprentis chirurgiens auxquels s'adresse notre collègue, seront aussi heureux?

Reste le second avantage, celui qui dispense l'opérateur du concours à peu près indispensable de ses aides, lorsqu'il entreprend l'opération parfois si difficile de la ligature directe dans la plaie.

Nous autres écrivains classiques, habitant les grandes villes et pratiquant dans les grands hôpitaux, où nous entoure une cohorte d'assistants dévoués, nous parlons bien à notre aise de l'exécution des opérations laborieuses. Rien ne nous manque pour les mener à bonne fin. Mais ne devons-nous pas nous préoccuper de la position si différente de l'humble praticien de campagne, livré à ses propres forces et contraint d'engager une bataille, où il représente à lui seul le général, les officiers et les soldats. C'est en pensant à lui, c'est en plaignant ses embarras, que nous devons imaginer ou préconiser des procédés simples et efficaces, qu'il pourra mettre en pratique dans les conditions si variées que rappelle M. Vanzetti dans son élégant langage, c'est-à-dire dans le palais du riche, la bicoque du pauvre et la chaumière du paysan.

Parmi ces ressources d'une application si élémentaire se comptent déjà la compression digitale, dont la renaissance doit tant à l'éminent chirurgien de Padoue. Les attitudes forcées sur lesquelles Thierry, Malgaigne et d'autres encore ont si justement attiré l'attention. L'acupressure elle-même, malgré ses imperfections et jusqu'à cette compression directe et indirecte, que je combats énergiquement comme méthode définitive, mais que j'admets comme expédient pro-

visoire, très-utile jusqu'au moment le plus prochain possible où l'on appliquera les mesures radicales.

Sans contredit, l'uncipression entre dans la série des moyens hémostatiques temporaires capables de devenir à l'occasion définitifs: A ce titre, je l'accepte sans restriction et je remercie, pour ma part, M. Vanzetti de nous l'avoir fait connaître et de l'avoir si soigneusement décrite.

Mais, dira-t-on, cette part est bien restreinte, les crochets méritent mieux. Ils ont réussi dans le premier cas, là où la ligature des deux bouts avait échoué, et ont très-promptement, très-simplement, très-efficacement arrêté les hémorrhagies dans les deux autres. Pourquoi donc ne point leur accorder sans arrière-pensée une valeur curative absolue. Si l'analyse de ces trois faits ne menaçait de m'entraîner trop loin, je pourrais répondre et justifier mes réserves; mais, pour le moment, je me contente de dire que, tout en reconnaissant loyalement les succès du nouveau procédé, je n'en reste pas moins convaincu que la ligature des deux bouts reste la première de toutes les méthodes, en cas de blessure pour la continuité des artères.

Néanmoins, pour prouver tout le cas que je fais du second avantage inhérent à l'uncipression, je suis prêt à communiquer à la société une série de cas difficiles et graves où l'application de la ligature était impossible, et où j'ai eu recours à un seul expédient, le seul admissible peut-être, et qui s'est montré aussi simple dans son exécution qu'efficace dans ses résultats. Je veux parler du séjour prolongé dans la plaie de la pince avec laquelle on a saisi l'artère ouverte. Ce procédé, qu'on pourrait à la rigueur dénommer *forcipressure* (forceps, *forcipis*, pince, tenaille), est fort ancien. Plus d'un d'entre vous sans doute l'ont utilisé, mais son emploi n'a pas été généralisé comme il le mérite.

DISCUSSION

M. DEMARQUAY. Au point de vue de la priorité, je ferai observer que le procédé décrit par M. Vanzetti a été employé il y a longtemps par un chirurgien français, M. Masteimat-Lageinard qui, pour arrêter une hémorrhagie consécutive à uue trachéotomie eut l'idée d'employer des épingles recourbées en crochet et fixées à l'aide de fils.

M. LARREY. Je ferai observer à M. Demarquay que le procédé si ingénieux de M. Masteimat-Lageinard n'était pas dirigé contre une hémorrhagie (il n'y en avait pas), il était destiné à obvier à l'absence de canule.

Je demanderai à M. Verneuil si, au point de vue de l'hémostase, M. Vanzetti établit quelque rapport, quelque analogie entre l'acupressure et ce qu'il appelle l'uncipression. Je me rappelle que, dans un mémoire que Velpeau fit sur les agents hémorrhagiques, il accorda une certaine part à l'acupressure, et je ne puis m'empêcher de trouver entre cette méthode et celle de M. Vanzetti un certain rapport.

Pour le principe général, pour la commodité pratique d'un tel procédé, je ne puis qu'approuver et apprécier à sa juste valeur une méthode d'hémostase qui peut rendre les plus grands services, surtout dans la chirurgie militaire, où l'on est souvent dominé par les circonstances, et où l'on fait souvent comme on peut, et non comme l'on voudrait.

M. VERNEUIL. M. Vanzetti reconnaît la parenté qui existe entre l'acupressure et l'uncipression. Du reste, si l'on veut bien examiner la procédé de M. Vanzetti, l'uncipression n'est autre chose que le premier temps de l'usage du ténaculum prolongé durant un temps plus ou moins long.

Il sera temps, du reste, au moment de la discussion qui pourra s'établir sur les divers agents hémostatiques, de comparer sa méthode à celles qui l'ont précédée.

M. LE PRÉSIDENT. Cette discussion sera reprise et annoncée huit jours à l'avance.

RAPPORT

M. DUBRUEIL lit un rapport sur un mémoire de M. Dubreuil-Chambardel (de Marseille), relatif au traitement des déviations de la taille :

Messieurs, le 25 février 1874, M. Dubreuil-Chambardel (de Marseille) présentait à la Société de chirurgie un mémoire sur le traitement des déviations du rachis, et j'étais chargé du rapport relatif à cette présentation, rapport que je viens vous lire aujourd'hui.

M. Dubreuil-Chambardel commence par déclarer que, quoi que l'on fasse, on n'arrivera jamais, par les moyens compressifs ou extensifs, ni par les gymnastiques suédoise ou allemande, à ramener à l'état naturel les différents tissus lésés dans les déviations du rachis, et que, pour obtenir ce résultat, il ne peut exister que le poids du corps employé dans des conditions rigoureusement déterminées. C'est la manière d'employer le poids du corps qui, dit-il, constitue presque entièrement sa méthode.

Voici la façon dont il établit le bilan des résultats qu'il obtient :

Scoliose au premier degré, guérison complète dans l'espace de quatre à huit mois, et, par guérison, l'auteur spécifie qu'il n'entend pas seulement le redressement approximatif de la colonne, mais son redressement parfait.

Dans les scolioses du deuxième degré, une guérison parfaite et définitive peut être obtenue dans l'espace de huit mois à un an.

Enfin, dans les scolioses les plus graves, il est toujours possible d'obtenir une amélioration très-importante.

La cyphose et la tordose donnent des résultats tout aussi avantageux.

M. Dubreuil-Chambardel expose ensuite les moyens qui lui procurent ces résultats, moyens qui ne sont autres que des attitudes. Ces attitudes sont au nombre de cinq; mais sur les cinq il y en a une surtout à laquelle il sacrifie toutes les autres, et sur laquelle j'insisterai davantage.

Les trois premières attitudes sont actives, la quatrième est passive.

Toutes les quatre rentrent manifestement dans la gymnastique suédo-allemande et doivent avoir le degré d'utilité dont jouit cette méthode.

Quant au cinquième exercice, le plus important, celui qui les remplace tous et s'applique à la fois à la scoliose, à la cythose et à la tordose, il consiste à placer et à maintenir le malade couché en travers et latéralement sur les genoux du gymnaste, assis lui-même sur une chaise, de telle sorte que toute la portion du corps du malade située au-dessus du fémur soit abandonnée à elle-même et arrive à une position à peu près verticale, la tête étant la partie la plus déclive.

Le malade garde cette attitude pendant trois minutes, puis il est relevé, placé dans une position identique du côté opposé pour y rester encore trois minutes.

Cet exercice appartient à la catégorie des extensions par le poids du corps, qui firent leur première apparition au dix-septième siècle, où elles furent mises en usage par Glisson et par Nuck.

Glisson se servait d'un appareil dans lequel le poids du corps était supporté par le dessous des bras, la tête et les mains, tandis que, dans celui de Nuck, c'est un collier qui fournissait le point d'appui.

La marche à l'aide des béquilles, la suspension aux anneaux, au trapèze, rentrent dans le même ordre de moyens.

Ce que la méthode du présentateur a d'original, c'est qu'elle fait l'extension par le poids des parties du corps situées au-dessus de la difformité, tandis que ses prédécesseurs se servaient du poids des parties situées au-dessous de la déviatiou. Cette méthode ne nécessite ni déploiement de forces musculaires, ni appareil spécial, et elle est facilement supportée par les enfants atteints de déviations idiopathiques du rachis.

Les connaissances générales que l'on possède sur l'utilité de l'extension dans le redressement des déviations rachidiennes permettaient de dire *à priori* que le moyen en question doit avoir une certaine efficacité.

Restait à savoir si en attribuant à son procédé une utilité aussi générale qu'il le fait, notre confrère ne cédait pas à une tendance presque fatalement imposée aux inventeurs, celle de s'exagérer la valeur de leurs inventions.

Pour sortir de cet embarras, nous n'avons qu'un moyen, l'expérience.

M. Dubreuil-Chambardel offrit lui-même à la commission d'appliquer son système sur les malades qu'on voudrait bien lui fournir, et M. de Saint-Germaiu s'empressa de lui ouvrir les portes de l'hôpital des Enfants. Deux cas de scoliose furent soumis au traitement en question. C'était, je me hâte de le reconnaître, des cas extrêmes devant lesquels tout le monde aurait reculé. Le présentateur crut pouvoir, par l'application de sa méthode, obtenir une notable amélioration qui, il faut bien le dire, ne s'est nullement réalisée.

Je ferai observer en passant que M. de Saint-Germain, au lieu de placer les enfants sur ses genoux, les place sur le bord d'un lit, ce qui est bien préférable à tous égards.

Eu même temps que ces enfants scoliotiques, on avait présenté à M. Dubreuil-Chambardel un petit garçon porteur d'une gibbosité médiane, qu'il considérait comme une cyphose. Quelques observations lui furent faites sur ce diagnostic, qui paraissait au moins douteux, car les caractères de la gibbosité tenaient plutôt de ceux du mal de Pott que de ceux de la cyphose. M. Dubreuil-Chambardel crut devoir passer outre; la suspension fut, dès le début, très-pénible pour ce jeune malade, et, au bout de quelque temps, survenait une paraplégie, qui a, du reste, guéri par le seul fait de la cessation du traitement.

Les cas que je viens de signaler renferment un enseignement, à

savoir que la méthode en question est inefficace dans les scolioses du troisième degré, et, ce qui n'avait nullement besoin d'être vérifié par l'expérience, qu'il est nécessaire de faire un diagnostic précis avant d'appliquer cette extension, laquelle doit présenter le plus grand danger dans le mal de Pott.

Je dois dire que, depuis, le traitement de M. Dubreuil-Chambardel a été, à l'hôpital des Enfants, appliqué à des scolioses moins avancées et a paru contribuer à une amélioration devenue évidente; mais l'application d'un corset ayant été faite concurremment avec l'usage de la suspension, il est assez difficile de faire la part qui revient à ce dernier moyen.

En somme, la méthode qui est l'objet de ce rapport paraît jouir d'une certaine utilité, elle est en outre d'une application facile.

Mais l'on ne peut accepter les prétentions de l'auteur, qui la considère comme la seule efficace et comme toujours efficace.

Il est des cas au-dessus des ressources de l'art, que ni cette méthode, ni aucune autre ne peuvent modifier, et, d'autre part, faire fi de l'utilité des autres agents thérapeutiques, c'est nier l'évidence.

DISCUSSION

M. LARREY. Un médecin allemand, M. Meding, a, ce me semble, employé des moyens gymnastiques qui ressemblent beaucoup à ceux de M. Dubreuil (de Marseille), et sans aller plus loin, un de nos collègues, M. Douver, a insisté sur les attitudes et les exercices à pratiquer pour remédier aux déviations.

M. DUBREUIL. Je ferai remarquer que, dans le travail de M. Dubreuil-Chambardel, on ne trouve point trace de discussion ni d'historique, il se borne à une série d'observations.

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai, comme l'a dit M. Dubreuil, dont j'adopte d'ailleurs les conclusions, expérimenté sur un grand nombre d'enfants de mon service, la méthode de M. Dubreuil (de Marseille). Cette expérimentation a duré plus de six mois, puisqu'elle a commencé en février 1874 et qu'elle continue encore sur quelques-unes de mes malades, soit de l'hôpital, soit de la ville. Je puis donc me considérer comme édifié sur sa valeur. L'application quotidienne du procédé n'a pas été, je dois le dire, faite rigoureusement d'après les indications de l'auteur. Je veux dire que je n'ai point pris, comme il le fait, les petits malades sur mes genoux. Cette pratique a l'inconvénient d'être longue et absolument fatigante pour le chirurgien. Elle a, de plus, l'immense inconvénient, quoi qu'en dise M. Cham-

bardel, de permettre au sujet, voire même de le forcer (quand il a une certaine taille) de prendre un point d'appui en touchant terre, et par suite, de détruire tout le bénéfice que l'on peut tirer de la suspension libre de l'avant-train. J'ai donc substitué à ce procédé le procédé suivant : j'ai fait placer sur un lit ordinaire un plan résistant composé de planches juxtaposées, et j'ai recouvert ce plan d'un très-petit matelas. Plaçant alors les malades en travers, de façon que leur bassin portât directement à faux sur le bord de ce lit et que leur avant-train fût perpendiculairement suspendu, je leur attachais solidement les deux pieds au niveau des malléoles à l'aide d'un lien que je nouais sur le bord opposé. Je les laissais ainsi suspendus trois minutes et demi, puis je les retournais de façon à ployer le tronc en sens inverse sans avoir besoin de dénouer ma ligature, et je les laissais encore trois minutes et demie de ce côté.

Cette modification avait pour moi l'immense avantage d'opérer en même temps sur une dizaine d'enfants et de rendre ce procédé praticable pour les parents qui, ne pouvant amener leurs enfants tous les jours à l'hôpital, leur faisaient faire cette gymnastique chez eux et ne nous les montraient que tous les huit jours.

Quant aux résultats obtenus, voici ce que j'ai pu constater :

Je ne parlerai pas des prétendues cyphoses choisies par M. Dubreuil et qui étaient véritablement le mal de Pott, M. le rapporteur a suffisamment insisté sur la déplorable application de cette méthode pour de pareils cas.

Je n'insisterai pas non plus sur ces scolioses exagérées que M. Dubreuil avait choisies comme sujets. Elles sont restées ce qu'elles étaient, malgré les encouragements que nous prodiguait M. Chambardel lorsque, s'illusionnant sur l'efficacité de son procédé, il constatait déjà de l'amélioration un mois après l'application de son système. Je ne veux parler que des scolioses légères, scolioses très-appréciables à l'œil et à la mensuration, mais qui sont malheureusement peu accusées pour que le moulage en donne une idée vraie.

J'ai expérimenté sur ces difformités le procédé de M. Chambardel, et sur dix-sept enfants tant en ville qu'à l'hôpital, j'ai obtenu de très-bons résultats. Je me hâte d'ajouter que la croissance nous a aidés; que l'application d'un corset de Taylor ou de Ducressou a presque constamment été faite, et qu'il est par conséquent fort difficile de faire la part qui revient à chacun de ces agents thérapeutiques.

Qu'il me suffise de constater, sans vouloir rechercher la question

de priorité, que le procédé de M. Dubreuil-Chambardel (de Marseille) est d'une application facile, qu'il est admirablement supporté par les enfants, qu'il peut être appliqué par des personues absolument étrangères à l'orthopédie, et qu'il peut, par suite, être considéré comme utile, à la condition cependant qu'un diagnostic sérieux aura mis en garde contre son application au mal de Pott.

La société décide le renvoi aux Archives du mémoire de M. Dubreuil (de Marseille) et l'insertion au *Bulletin* du rapport.

RAPPORT

M. DUPLAY lit un rapport sur quatre observations adressées à la Société de chirurgie par M. le docteur Pamard (d'Avignon). De ces quatre observations, trois se rapportent à des blessures par armes à feu. La quatrième concerne un fait de concrétions calcaires développées dans l'intérieur des bourses séreuses prérotuliennes.

Messieurs, je suis chargé, au nom d'une commission composée de MM. Magitot, Desprès et Duplay, de vous rendre compte de quatre observations qui vous ont été adressées au commencement de cette anuée par le docteur A. Pamard, chirurgien de l'hôpital d'Avignon, Parmi ces observations, trois se rapportent à des *blessures par armes à feu*, la quatrième concerne un fait de *concrétions calcaires développées dans l'intérieur des bourses séreuses prérotuliennes.*

Les trois cas de blessures par armes à feu dont M. Pamard vous communique la narration, ne présentent pas toutes un égal intérêt. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un grain de plomb qui, après avoir pénétré dans l'œil, s'est arrêté dans le corps vitré, déterminant des troubles visuels assez singuliers. Au moment de l'accident, le blessé perdit complétement la visiou, puis celle-ci se rétablit partiellement au bout de cinq à six jours; mais il persista de l'hémiopie, en sorte que le malade, fixant un objet, n'en voyait que la partie supérieure.

Le docteur Pamard, commis par le tribunal civil d'Aviguon à l'effet de constater l'état du blessé, un an après l'accident, vérifia d'abord la réalité des troubles fonctionnels, puis procéda à l'examen ophthalmoscopique, qui lui révéla les altérations suivantes : large plaque d'atrophie choroïdienne dans le point correspondant au scotome accusé par le malade, ramollissemeut du corps vitré, exsudat blanchâtre dans la partie la plus déclive de ce corps.

Suivant M. Pamard, la plaque d'atrophie choroïdienne répond au

point d'entrée du grain de plomb, et la présence de celui-ci dans l'épaisseur du corps vitré est indiquée par l'exsudat qui occupe ses parties déclives.

Les exemples de corps étrangers ayant séjourné dans l'épaisseur de l'humeur vitrée ne sont pas rares, mais les troubles déterminés par leur présence sont extrêmement variables. Le rapport médico-légal de M. Pamard formule les accidents ultérieurs qui peuvent survenir, et je ne crois pas devoir insister devant vous sur ce point.

Dans une seconde observation, M. Pamard rapporte l'histoire d'un blessé de Saint-Privat, chez lequel il pratiqua l'extraction d'une balle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Le projectile avait pénétré dans la région susépineuse droite et était venu se loger en avant de l'omoplate gauche, au voisinage de son angle inférieur. L'extraction de la balle a été faite très-aisément plus de deux ans après la réception de la blessure.

Enfin la troisième observation de blessure par arme à feu, rapportée par M. Pamard, est assurément la plus digne d'intérêt.

Il s'agit d'un soldat qui, à la bataille de Saint-Privat, reçut une balle dans la région du maxillaire supérieur droit. La plaie resta longtemps fistuleuse, fournit plusieurs esquilles, mais finit par se cicatriser complétement. Depuis lors, le malade éprouvait de violentes douleurs dans tout le côté droit de la face, avec impossibilité de mâcher ses aliments du côté droit.

Il existait sur la joue droite une cicatrice enfoncée, adhérente; mais on ne pouvait constater ni saillie anormale, ni gonflement d'aucune sorte, soit qu'on explorât à l'extérieur ou à l'intérieur des cavités nasales et bucales. Seulement, la pression sur la face antérieure du maxillaire droit et sur la partie de la voûte palatine correspondante à cet os était très-douloureuse.

M. Pamard, tenant compte de ces symptômes et du renseignement très-précis fourni par le malade, qui affirmait que la balle n'avait pas été extraite, pratiqua une incision sur la cicatrice, constata la présence, au-dessous de celle-ci, d'une perte de substance de la paroi antérieure du sinus maxillaire, reconnut avec l'extrémité du petit doigt un corps dur, dont il ne put pratiquer l'extraction en raison de l'étroitesse de l'ouverture. Le lendemain, après avoir chloroformé le malade, il agrandit sa première incision, qui était verticale, puis par une seconde incision horizontale, circonscrivit deux lambeaux triangulaires, qu'il détache avec le périoste, agrandit avec la gouge et le maillet l'ouverture de la paroi antérieure du sinus, et put enfin extraire une balle Dreyse, à peine déformée. Le blessé se

rétablit rapidement; les douleurs de tête disparurent aussitôt après l'opération.

Les exemples de projectiles ayant pénétré de dehors en dedans et ayant séjourné un temps plus ou moins long dans l'antre d'Higmore ne seraient pas très-rares, si l'on en croit la plupart des auteurs qui ont écrit sur les plaies par armes à feu. Cependant, malgré mes recherches, je n'ai pu trouver qu'un très-petit nombre de ces cas, et j'ai vainement cherché un fait analogue à celui qui vous a été communiqué par M. Pamard.

Dans les rares observations que j'ai pu lire, il est question de plaies du sinus avec persistance d'une fistule qui a mis sur la voie du diagnostic et qui a permis d'arriver directement sur le corps étranger. Le fait de M. Pamard est remarquable par la cicatrisation complète de l'ouverture d'entrée, et par l'absence de toute lésion apparente du maxillaire supérieur. Le diagnostic de la présence du corps étranger a donc dû se fonder exclusivement sur les symptômes rationnels et sur les commémoratifs. La persistance et l'intensité des douleurs, l'assurance formelle donnée par le malade que le projectile n'avait pas été extrait, autorisaient au moins une opération exploratrice, et celle-ci révéla la présence du corps étranger. Dès lors l'indication de l'extraction était nettement posée, mais nous nous permettrons de critiquer le procédé opératoire mis en usage par M. Pamard. N'aurait-on pas pu éviter ces larges incisions de la face qui ont dû être suivies de cicatrices apparentes, en relevant la lèvre supérieure, et en attaquant le sinus de ce côté ? A part cette remarque, on ne peut que féliciter M. Pamard de l'exactitude de son diagnostic et du résultat heureux qu'il a obtenu.

La dernière observation dont j'ai à vous rendre compte se rapporte à un fait intéressant de *concrétions calcaires développées dans les deux bourses séreuses prérotuliennes* chez une blanchisseuse de cinquante-neuf ans. Le début de la maladie remontait à onze ans, et depuis cinq ans, la malade ne pouvait plus s'agenouiller pour exercer sa profession.

A son entrée à l'hôpital, on trouve en avant du genou gauche une tumeur ayant 7 centimètres de hauteur et 3 centimètres et demi de largeur, mobile sur la rotule; la peau est adhérente, rouge et ulcérée au centre. Cette ulcération d'un demi-centimètre de largeur, existe depuis six mois et laisse suinter un liquide séro-purulent; au fond de l'ulcération on trouve un corps dur, résistant, qui semble constituer la tumeur.

En avant du genou droit, on constate la présence d'une tumeur

un peu plus large et offrant comme telle, du côté gauche, une dureté toute spéciale. La surface des deux tumeurs est inégale, mamelonnée, bombée.

M. Pamard porta le diagnostic suivant : *Tumeurs de nature calcaire développées dans la cavité des bourses séreuses prérotuliennes.*

L'extirpation pratiquée à l'aide d'une incision crurale, et qui n'offrit aucune difficulté, confirma pleinement ce diagnostic, en montrant que ces tumeurs étaient en grande partie constituées par du phosphate de chaux (60 p. 100). L'opération fut d'ailleurs couronnée d'un plein succès, et la malade guérit rapidement.

Comme M. Pamard, je suis tenté de rapporter à l'inflammation chronique, résultant de la profession exercée par la malade, le développement de ces masses calcaires dans les bourses séreuses prérotuliennes. La transformation fibreuse ou fibro-cartilagineuse des parois des bourses séreuses chroniquement enflammatoire et soumises à des pressions répétées se rencontre assez fréquemment. On observe même, dans quelques cas, des transformations ostéo-calcaires; mais je n'ai pu recueillir un seul fait où le développement de masses aussi considérables dans les bourses séreuses sous-cutanées ait été noté. Peut être faudrait-il admettre l'influence de quelque cause diathésique, et en particulier de la goutte? Mais l'observation de M. Pamard est muette à ce sujet.

En terminant ce rapport, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Pamard de ses intéressantes communications;

2° De publier deux de ses observations : la première relative au projectile extrait du sinus maxillaire; la seconde relative aux concrétions calcaires des bourses séreuses prérotuliennes.

COMMUNICATIONS

Deux observations de balles ayant séjourné pendant un temps très-long, l'une dans le sinus maxillaire, l'autre sous le scapulum et ayant été extraites. — R..., soldat au 12e de ligne, a reçu à la bataille de Saint-Privat, le 18 août 1870, un coup de feu à la face : il a perdu immédiatement connaissance, puis toute sa tête s'est enflée, et il est resté, dit-il, comme fou pendant cinq ou six jours. Il avait été recueilli par une ambulance militaire française : les chirurgiens qui lui donnaient des soins ont exploré sa plaie à diverses reprises et n'ont jamais reconnu la présence d'un projectile.

Après la capitulation de Metz, il a été emmené en captivité à Dantzig : là, il a dû entrer à l'hôpital, la plaie de la face étant restée fistuleuse; les chirurgiens prussiens ont, à deux reprises, retiré des esquilles; ils ont aussi, mais vainement, cherché s'il y avait réellement un corps étranger. R... a été rapatrié : la plaie s'est depuis lors complétement cicatrisée, mais il souffre constamment de la tête, et c'est pour être soulagé de ses douleurs qu'il demande à entrer à l'hôpital, où il est placé sans mon service le 16 mars 1872.

Etat actuel. — Douleurs siégeant dans le maxillaire supérieur droit et s'irradiant de là dans toute la moitié droite de la tête; il y a impossibilité de mâcher les aliments avec les molaires de ce côté; en pressant sur la moitié droite de la voûte palatine, ou sur la partie antérieure du maxillaire supérieur, tout à fait au fond du cul-de-sac formé par la muqueuse, alors qu'elle quitte la face postérieure de de la lèvre, en dehors de la saillie formée par la canine droite, on produit une sensation douloureuse. Sur la joue droite existe une cicatrice déprimée et adhérente à l'os; elle est située à 3 centimètres. de distance de l'aile droite du nez, immédiatement au-dessus d'une ligne horizontale rasant le bord inférieur des narines, et en dedans d'une ligne verticale passant par l'angle externe de l'œil, dont elle est aussi distante de 3 centimètres. Il n'y a pas de gonflement ni de saillie appréciable soit à l'extérieur, soit dans les cavités voisines.

Je me trouvais donc en face d'une blessure qui ne pouvait être que le trou d'entrée du projectile. Il n'y avait pas de trou de sortie. Qu'était-il devenu? Il n'avait pas été extrait; le malade l'affirmait, et chaque fois que je l'interrogeais, il répondait avec insistance : « La balle est restée dedans ». Il n'avait pu se faire jour au dehors par les cavités voisines : la direction de la blessure suffisant à éloigner une idée pareille. Il fallait donc bien dire comme le malade : « La balle est restée dedans »; mais où était-elle? Après plusieurs examens répétés, après avoir contrôlé à diverses reprises les signes accusés (je ne pouvais fonder mon diagnostic que sur les signes subjectifs), il me parut logique d'admettre que le projectile s'était logé dans le maxillaire supérieur, et qu'il se trouvait dans le sinus maxillaire.

Je proposai au malade de faire une opération, que j'appellerai volontiers exploratrice, ce qu'il accepta sans hésiter, car il lui tardait d'être délivré des souffrances qu'il éprouvait.

Le 28 mars, je fis une incision verticale de 3 centimètres de hauteur; elle intéressait la cicatrice dans toute son épaisseur et arrivait jusqu'à l'os. Au moyen d'un stylet, je pénétrai dans l'intérieur du

sinus maxillaire, et j'y trouvai immédiatement un corps dur, donnant la sensation métallique.

Remplaçant alors le stylet par le meilleur instrument explorateur que je connaisse, par celui dont je me suis toujours servi pendant la campagne 1870-1871, par le petit doigt, il me fut facile de constater qu'il existait à la partie antérieure du sinus maxillaire, une perte de substance de forme circulaire, qui put admettre l'extrémité de mon doigt : dans l'intérieur du sinus, je trouvai le corps métallique, que d'après sa forme arrondie, j'estimai être une balle. Je parvins bien à la saisir avec une pince, mais il me fut impossible de l'extraire : son diamètre était plus grand que celui de la perte de substance osseuse. Il fallait donc agrandir celle-ci : c'est ce que je fis le lendemain.

Le malade ayant été préalablement chloroformé, je rafraîchis l'incision faite la veille, je la prolongeai d'environ un centimètre à chacune de ses extrémités : sur la partie moyenne de cette première incision, et à son côté externe, j'en fis une seconde qui lui était perpendiculaire. Je pus alors disséquer deux lambeaux triangulaires, comprenant toutes les parties molles avec le périoste, et les détacher de l'os ; je mis aussi à découvert la face antérieure du maxillaire supérieur au pourtour de la perte de substance dout j'avais reconnu l'existence, mais seulement dans la moitié externe. Cela fait, il me fut facile, au moyen d'une gouge et d'un maillet, d'agrandir la plaie osseuse, d'introduire dans la cavité du sinus une pince à balles, et d'en retirer le projectile. C'était une balle Dreyse portant à sou sommet et sur ses parties latérales quelques éraflures, comme on en trouve sur toutes celles qui sont venus frapper des os. La cavité du sinus était lisse, polie, et la muqueuse qui la tapisse ne paraissait nullement altérée. Les suites furent des plus simples : néanmoins la cicatrisation complète se fit un peu attendre, et l'on vit persister pendant un certain temps, un écoulement muco-purulent, qui se faisait jour par la plaie et par la narine. Les douleurs de tête disparurent sitôt après l'opération, mais l'opéré conserva encore pendant un certain temps de la difficulté à mâcher les aliments du côté droit.

Le fait d'un corps étranger qui séjourne pendant dix-huit mois dans nos tissus sans y être retrouvé ne présente rien de bien nouveau, ce qui me paraît intéressant, dans cette observation, c'est le diagnostic auquel je n'ai pu arriver que par induction, et en me fondant sur le dire du malade, c'est ensuite le lieu où était venu se loger le projectile, épuisant ce qui lui restait de force d'impulsion pour pénétrer à travers la paroi antérieure du sinus maxillaire, et, enfin, la réparation partielle de la perte de substance subie par l'os, à tra-

vers laquelle on ne pouvait extraire la balle qui y avait passé dix-huit mois auparavant.

L'année suivante j'avais l'occasion d'opérer un soldat du même régiment qui avait été, lui aussi, blessé à Saint-Privat : le diagnostic a été des plus faciles, l'opération des plus simples, mais le trajet suivi par le projectile me paraît des plus intéressants.

Alphonse D.., âgé de trente-cinq ans, soldat au 12e régiment de ligne, entre dans mon service le 2 janvier 1873. Il présente, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, une tumeur qui est apparue vers le milieu du mois de novembre dernier. Cette tumeur est constituée par un corps dur, facile à déplacer, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané et ayant le volume d'une balle. On trouve dans la région sus-épineuse droite, à 4 centimètres en dedans de l'extrémité externe de la clavicule, un peu en arrière d'une ligne fictive qui partirait de l'articulation acromio-claviculaire et se dirigerait directement en dedans, une cicatrice qui serait l'orifice d'entrée du projectile.

Le diagnostic de la nature de la tumeur ne me parut point douteux ; une simple incision intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle grand dorsal, me permit d'extraire une balle, moins de huit jours après, la plaie étant complétement cicatrisée, et le blessé reprenait son service le 27 janvier.

Mais souvent une balle, qui pénètre dans la région sus-épineuse droite, peut-elle venir se montrer au niveau de l'angle inférieur de l'amoplate gauche, après être restée pendant plus de deux ans sans manifester sa présence par aucun signe. Voyons quels sont les commémoratifs : quand D... fut blessé, il était à genoux, le genou droit reposant sur le sol, la jambe gauche en demi-flexion, le bras gauche allongé sur son fusil et le bras droit collé au corps, la main sur la gâchette, tout prêt à faire feu : le projectile le frappa de haut en bas, car l'ennemi occupait les hauteurs dominant les positions françaises. L'attitude du blessé, au moment où il a été frappé, et la direction suivant laquelle le projectile lui est arrivé, expliquent comment celui-ci a pu venir se loger dans l'omoplate gauche, dans ce tissu cellulaire lamelleux, lâche, et abondant qui unit le grand dentelé à la face antérieure sous-scapulaire. Il ne pouvait trahir là sa présence par aucun signe, il n'y avait ni tumeur ni gêne de mouvements : et, si les chirurgiens qui ont recherché le projectile n'ont pu le rencontrer, c'est que nul d'entre eux n'a songé à mettre en pratique le procédé qui a si bien réussi à M. Legouest auprès d'un illustre blessé, c'est-à-dire

de le placer dans la même attitude qu'il avait au moment où il a été frappé; ce qui permet de retrouver le trajet du corps vulnérant.

Logé dans le tissu cellulaire qui se trouve en avant du sous-scapulaire, le projectile qui était sollicité par deux forces agissant toutes deux dans le même sens, la pesanteur et les mouvements du scapulum, est descendu peu à peu au-dessous et en dehors de l'angle de l'omoplate.

Là il n'était plus recouvert par la peau et le grand dorsal : il était facile de constater sa présence, et c'est alors que je l'ai extrait, le 4 janvier 1873, plus de deux ans après qu'il avait pénétré dans les tissus du blessé.

Concrétions calcaires formées dans les deux bourses séreuses prérotuliennes. — Les exemples de concrétions calcaires, développées dans les diverses cavités séreuses, sont assez communs : on admet, par analogie, que l'on peut en rencontrer dans celles de ces cavités qui se développent dans le tissu cellulaire ; mais les observations en sont rares, car je n'ai pas su en rencontrer une seule. Je crois donc intéressant de rapporter le fait suivant :

Thérésine R..., buandière, est âgée de cinquante-neuf ans. Il y a onze ans, elle a vu apparaître, au devant du genou gauche, une tumeur dure dont le volume était celui d'une noisette ; plus tard, une tumeur semblable est apparue du côté droit : elles se sont accrues peu à peu en volume et en consistance, et il y a cinq ans qu'elle ne peut plus s'agenouiller pour laver son linge, ainsi que le veut sa profession. Elle n'a jamais éprouvé de douleurs et n'aurait certainement pas songé à réclamer l'intervention de l'art si la peau qui recouvre la tumeur du côté gauche ne s'était ulcérée. Elle se décide donc à entrer à l'hôpital, où je la trouve dans l'état suivant :

Au devant de la rotule gauche, on trouve une tumeur ayant 7 centimètres en hauteur et 3 centimètres et demi en largeur, recouvrant cet os dans presque toute son étendue, sauf dans sa moitié interne, et pouvant se déplacer au-devant de lui ; la peau est adhérente à la partie centrale de la tumeur : en ce point elle est rouge, luisante, et présente une ulcération centrale circulaire d'un demi-centimètre de diamètre ; elle date de six mois et laisse suinter un liquide séro-purulent ; on rencontre au fond de l'ulcération un corps dur, résistant, qui paraît constituer la tumeur.

A droite, la tumeur affecte les mêmes rapports avec la rotule, qu'elle recouvre tout entière, et au-devant de laquelle elle s'étale comme une véritable cuirasse. Ses mouvements sont indépendants de

ceux de l'os, et on peut la déplacer au devant de lui ; elle est moins saillante, mais beaucoup plus étendue en surface que celle du côté opposé : elle a 8 centimètres en hauteur et 6 centimètres en largeur. La peau qui la recouvre est saine, elle présente quelques adhérences avec la partie centrale de la tumeur.

Les caractères communs présentés par ces deux tumeurs, qui sont évidemment de même nature, sont les suivants : elles sont dures, fermes sous le doigt, mais d'une fermeté particulière, que j'appellerais sèche si je voulais trouver un mot pouvant représenter la sensation que j'éprouvai, et qui était toute nouvelle pour moi : ce n'était pas là la dureté que présentent les tissus fibreux ou les tissus osseux ; on sentait que les tumeurs étaient constituées par un corps qui ne vivait pas, par des matériaux inorganiques. Elles sont inégales, mamelonnées et présentent des bosselures faciles à reconnaître sur leur face antérieure. La tumeur de la région prérotulienne droite est comme séparée en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure, par un étranglement : elle présente, à son côté externe, une bosselure molle et fluctuante.

La femme R... est grande, sèche, vigoureuse ; elle ne présente, dans ses antécédents, aucune diathèse, et sa santé n'est atteinte en aucune façon par l'accident local. Elle présente à la main droite un épaississement des os au niveau de la face dorsale de la deuxième articulation carpo-métacarpienne ; au poignet gauche, il existe un kyste des gaînes tendineuses sur la face dorsale du cubitus vers son côté externe.

Après avoir examiné la malade avec soin, et à diverses reprises, je portai le diagnostic : tumeurs de nature calcaire, développées dans la cavité des bourses séreuses prérotuliennes. L'opération, ayant pour objet l'ablation de ces tumeurs, fut proposée à la femme R... et acceptée par elle.

Elle fut pratiquée le 17 août, la malade ayant été tout d'abord chloroformée : au moyen d'une incision cruciale, il fut facile d'énucléer chacune des deux tumeurs : à gauche on dut arracher des lambeaux d'une membrane mince, sèche, comme parcheminée, se déchirant facilement et recouverte de productions calcaires ; à droite, on trouva à la face postérieure de la tumeur une cavité contenant un liquide blanc, épais, d'une consistance plus que sirupeuse et présentant tout à fait l'aspect d'un lait de chaux concentré.

Les suites de cette double opération ne présentèrent aucun incident à noter : les plaies pansées ne cicatrisant que lentement, les mouve-

ments furent longs à se rétablir, et la malade ne sortit de l'hôpital que le 13 novembre.

Examen des tumeurs. — Elles présentent les dimensions que nous avons déjà indiquées ; elles sont revêtues dans toute leur étendue par une membrane d'enveloppe ; leur face antérieure est mamelonnée, leur face postérieure est lisse ; elles présentent cette dureté qui m'avait tout d'abord frappé, et ont l'aspect de corps calcaires. La tumeur gauche a subi un travail de désorganisation qui a amené peu à peu la destruction de sa moitié interne. On peut voir sur la pièce que la partie qui reste a été comme creusée par ce travail. La tumeur droite est intacte, et elle donne à l'esprit la pensée qu'une injection d'un corps calcaire qui aurait été poussée dans la cavité de la bourse muqueuse, et qui s'y serait solidifiée, se moulant dans toutes ses sinuosités, n'aurait pas un autre aspect. Elle présente un étranglement qui semble la diviser en deux parties, dont la supérieure est de beaucoup la plus considérable.

L'analyse chimique a eu lieu et a donné le résultat suivant :

Manières animales.			30.5
Matières minérales.	Phosphate de chaux. . .	60	69.5
	Carbonate de chaux. . .	5	
	Urates de chaux, de soude, etc.	3	
	Sels salubles dans l'eau. .	1,5	
			100.0

La cause du développement de ces tumeurs n'est autre que la profession du sujet : cette femme était buandière, obligée, par conséquent, à passer la plus grande partie de ses journées appuyée sur ses genoux : c'est dans cette position qu'on lave le linge dans nos pays. Il en est résulté une inflammation chronique des bourses séreuses prérotuliennes qui a produit un épanchement séreux dans leur cavité. La cause persistant, puisque la femme R... a continué sa profession cinq ans après la première apparition de la tumeur, il y a eu dans ces cavités un état inflammatoire subaigu, indolent et continu : cet état subinflammatoire a produit une hypersécrétion fibrineuse, et la fibrine du liquide épanché est venue se concréter soit sur les parois, soit dans l'intérieur de la cavité séreuse. C'est sans doute aussi la même cause qui a produit l'infiltration calcaire de ces tu-

meurs, infiltration qui a complètement modifié leur structure et les a transformées en corps inorganiques.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. J'ai observé il y six ans, à l'hôpital de Lourcine, un cas d'ossification des deux bourses séreuses prérotuliennes. Il s'agissait d'une laveuse âgée de soixante ans environ qui, depuis de longues années, avait sur les deux genoux des tumeurs dures, à petits lobules, de consistance osseuse. Sur l'un des deux genoux, la tumeur avait le volume d'une demi-pomme; de l'autre côté, la tumeur était grosse comme une noix. Il n'y avait point d'altération de la peau; la malade ne souffrait pas. Je n'ai point touché à ces tumeurs.

J'ai observé aussi cette année, à l'hôpital Cochin, une jeune fille de dix-neuf ans, pensionnaire d'un couvent, qui avait, dans les deux bourses prérotuliennes, des tumeurs fibreuses un peu douloureuses. Ces tumeurs, lobulées, dures, mais pas autant que les tumeurs crétifiées, que présentait la première malade, me paraissaient être des fibromes. Je ne serais pas éloigné de penser qu'avec le temps ces tumeurs se seraient infiltrées de matières calcaires, et je crois que les ossifications des bourses séreuses passent par la période fibreuse, ainsi que cela a été constaté pour d'autres fibromes.

M. Pamard a enlevé les tumeurs par une incision cruciale; je crois que ce procédé a des inconvénients. La bourse séreuse est située au devant de l'épine du tibia, et une incision cruciale faite en ce point sous une cicatrice sur la partie saillante de l'os, ce qui expose la cicatrice à toutes sortes de chocs et de pressions qui occasionnent des douleurs. J'ai employé un procédé d'ablation à lambeau pour enlever les bourses séreuses prérotuliennes, qui me paraît meilleur. Je taille un lambeau arrondi, correspondant à la moitié de la tumeur enlevée; je dissèque le lambeau et le relève, puis j'énuclée la tumeur. Je laisse retomber ensuite le lambeau, en ayant soin de laisser un drain dans la cavité laissée par la tumeur enlevée, et je réunis. Le tube favorise l'écoulement du pus. Après la cicatrisation, il reste une cicatrice qui n'est point sur la partie saillante des os, et les opérés peuvent appuyer sur leurs genoux. J'ai appliqué ce procédé trois fois, et les résultats ont toujours été excellents.

M. TERRIER. Lorsque j'ai remplacé M. Guérin dans son service, j'ai observé un cas analogue sur un homme. La tumeur avait la grosseur d'un œuf et communiquait à l'extérieur par des trajets fistuleux. J'ai pratiqué l'extirpation en faisant en sorte que la cicatrice

ne portât point sur la partie la plus saillante du genou. Je fis examiner la concrétion, qui était entièrement constituée par du carbonate calcaire.

La société décide la publication de deux des observations de M. Pamard et l'insertion au *Bulletin* du rapport de M. Duplay.

COMMUNICATION

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Recherches faites sur un malade affecté d'anus contre nature.— Nous avons souvent, dans nos services de chirurgie, des faits dont l'étude pourrait servir à l'avancement de la physiologie humaine. Les physiologistes de laboratoire ne sont point de cet avis et professent volontiers que l'expérimentation physiologique sur les animaux doit être la base de cette science. A cela je répondrai que certains malades portent sur eux des lésions que l'expérimentation ne peut réaliser que sur les animaux : dans ce cas, l'observation devient d'autant plus intéressante qu'elle a l'homme pour objet et pour observateur. A l'appui de cette manière de voir, je pourrais citer toutes les notions que nous avons recueillies sur l'homme, en profitant des diverses lésions dont le tube digestif peut être atteint : ces lésions ont permis de suivre les phénomènes qui s'accomplissent au sein de cet organe, et de pratiquer certaines expérimentations tout à fait inoffensives qui ont donné des résultats assez remarquables. J'ai profité du passage dans mon service d'un homme affecté d'un anus contre nature, pour faire une série de recherches qui ne me paraissent point dépourvues d'intérêt.

Avant de rapporter l'histoire de mon malade, je voudrais rappeler, quoique d'une façon bien incomplète, ce qu'ont observé d'autres chirurgiens dans des cas à peu près analogues.

Au siècle dernier, les chirurgiens qui se sont le plus occupés de l'anus contre nature, Louis et Sabatier entre autres, avaient fait quelques remarques intéressantes sur le temps que mettent les aliments et les boissons pour aller de la bouche à l'orifice du bout supérieur de l'intestin. On trouve également, dans le mémoire d'Astley Cooper sur la hernie étranglée, des indications sur le même point qui mérite d'être notées. Ce qui ressort de ces diverses observations, c'est 1° que les boissons, contrairement à ce qui, d'après les physiologistes, se passe dans les conditions normales, au lieu d'être absorbées en majeure partie par l'estomac, ne font que traverser cet organe

et arrivent à l'anus anormal en un laps de temps très-court, une ou deux minutes, parfois même en quelques secondes, ce qu'on explique par l'irritabilité excessive de la muqueuse digestive sous l'influence de la lésion intestinale; 2° que les aliments se présentent à la même ouverture dans un état de digestion d'autant plus avancée que la lésion intestinale se trouve plus éloignée du pylore, ce qui n'a pas besoin d'explication.

Lallemand, dont l'esprit ingénieux était tourné vers les applications de la physiologie à la médecine, mit à profit mieux que ses devanciers, du moins au point de vue de la physiologie, les nombreux cas d'anus contre nature que la réputation de Dupuytren pour la cure de cette infirmité attirait alors à l'Hôtel-Dieu. Le futur auteur des *Lettres sur l'encéphale* étudia le temps que mettent divers aliments à traverser l'estomac et une portion de l'intestin; il chercha la raison des différences qu'ils présentent à cet égard, et fut ainsi amené à établir quelques données assez exactes concernant leur digestibilité. Ses explications n'ont pas toujours été justes, parce que la composition chimique des aliments d'un côté, de l'autre l'action spéciale des divers sucs digestifs étaient mal connues. Mais il n'en a pas moins observé des faits dignes de remarques, et certaines des conclusions qu'il crut pouvoir en tirer sont aujourd'hui parfaitement acceptables.

A une époque plus rapprochée de nous, il y a une quinzaine d'années, Busch publia dans les *Archives* de Virchow un travail important, dans lequel il donnait le résultat de ses recherches physiologiques entreprises sur une femme qui, à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen, s'était trouvée affectée d'une fistule intestinale siégeant à la partie supérieure du jéjunum, particularité qui rapproche tout à fait ce cas de ceux dont je m'occupe ici. Ces recherches portent à peu près uniquement sur les phénomènes physiques et chimiques de la digestion et fournissent à ce sujet des données relativement nouvelles et dans tous les cas fort intéressantes.

J'arrive maintenant à mon malade.

Le sujet de mon observation est un homme de soixante-trois ans. qui est venu se faire opérer le 9 mars dernier, dans mon service, d'une hernie inguinale droite étranglée depuis plusieurs jours. En ouvrant le sac, nous trouvâmes une petite partie de la circonférence de l'intestin étranglée et mortifiée. Il fallut établir un anus contre nature, ce qui eut lieu : celui-ci avait été fait à la partie supérieure de l'intestin grêle, ainsi que cela résulte de l'étude de l'intestin au moment de l'opération. Les choses allèrent très-bien, il ne survint

aucun accident. En attendant que la rétraction de l'intestin s'opérât et que le cours des matières se rétablît, j'ai voulu faire une série d'observations. Mais dès les premiers jours de mai, l'anus contre nature était fermé.

Mes observations n'ont pu porter que 1° sur le cours des matières intestinales, 2° la puissance absorbante de la muqueuse de l'intestin grêle, et 3° enfin, sur l'excrétion de l'urée.

1° La rapidité du parcours des matières gastro-intestinales est extrêmement variable. Bien que notre opéré jouît en apparence d'une santé parfaite et qu'il fût soumis à une alimentation convenable, il maigrit d'une manière sensible pendant le temps qu'a duré l'anus contre nature; de plus, souvent ses voies digestives étaient troublées, il survenait quelques coliques qui déterminaient, par l'anus anormal, l'issue d'une grande quantité de matières.

Quand notre malade n'éprouvait aucun trouble digestif, les matières mettaient un temps assez long pour parcourir l'intestin, ce dont il était facile de s'assurer en mêlant aux aliments une certaine quantité de sous-nitrate de bismuth. Les matières ont mis une fois huit heures à parcourir l'intestin; mais le plus souvent, il leur fallait un temps moins considérable; au bout de quelques heures, les matières, de jaune qu'elles étaient auparavant, sortaient subitement colorées en brun par le sous-nitrate de bismuth.

Quand l'intestin était irrité, le parcours des matières se faisait avec une bien plus grande rapidité : il suffisait alors d'un temps très-court, variant suivant le degré de cette irritabilité. Nous vîmes une fois, au bout de vingt minutes, les matières intestinales sortir colorées en brun sous l'influence du bismuth. Les deux limites extrêmes ont été huit heures et vingt minutes.

D'où vient cette susceptibilité de l'intestin, dont les malades affectés d'anus contre nature nous offrent souvent la preuve? Est-ce là le résultat d'un fait pathologique ; l'intestin, anormalement ouvert, s'irrite-t-il plus facilement, ou bien ne serait-ce que l'exagération d'un phénomène physiologique, le mouvement alternatif péristaltique et antipéristaltique destiné à favoriser la digestion des aliments et ensuite leur absorption? Quoi qu'il en soit, cette irritabilité des intestins chez les malades affectés d'anus contre nature est un fait important, il explique l'amaigrissement rapide dont les malades affectés d'anus contre nature sont souvent atteints, et même la mort assez prompte, qui peut survenir quand l'anus contre nature est situé sur un point élevé de l'intestin, attendu que les matières intestinales n'ont point le temps d'être ni digérées, ni absorbées.

Il est bieu évident que notre opéré serait mort au bout d'un certain temps tout à fait épuisé par le rejet continuel de matières intestinales à travers son anus anormal, si la nature n'eût rétabli d'elle-même le cours des matières. Ici il n'y avait point à intervenir, il n'y avait point d'éperon à combattre ; quelques jours après le rétablissement du cours des matières, le malade reprenait une tout autre physionomie, bien que la nourriture fût la même.

2° Un second sujet d'observation avait pour objet de déterminer la puissance et la rapidité d'absorption de la surface interne de l'intestin grêle, comparée à celle de l'estomac, du rectum et du tissu cellulaire. Pour arriver à ce résultat, j'ai injecté à plusieurs reprises dans la cavité de l'intestin, à l'aide d'une sonde, 100 grammes d'eau gommée tiède tenant en dissolution 1 gramme d'iodure de potassium. Cela fait, le doigt était appliqué sur l'auus contre nature, une sonde était introduite dans la vessie, permettant de laisser sortir aussi souvent qu'on le voulait, une petite quantité d'urine. L'iode fut recherché dans l'urine et dans la salive de la manière suivante : un morceau de pain azyme était imprégné de salive et, de là porté, dans un verre contenant de l'eau étendue d'acide nitrique. Aussitôt que la salive contenait une faible quantité d'iode, il se manifestait par la coloration en violet et en bleu du pain azyme ; il en était de même de l'urine. En recherchant l'iodure de potassium dans la salive et dans l'urine, nous sommes arrivés au résultat suivant :

Dans une série d'expériences faites avec soin et que nous ne répétions que lorsque l'organisme avait rejeté l'iode introduit et qu'il n'y en avait plus de traces ni dans les urines ni dans la salive, nous avons noté constamment, dans un intervalle de cinq à huit minutes, la présence de l'iodure de potassium dans la salive et dans les urines.

Ces résultats sont-ils l'expression de l'état normal? En raison de la lésion de l'intestin, je n'oserais le dire ; mais on peut affirmer, que si ils ne sont point l'expression de l'état normal, ils doivent en approcher. Sur le sujet, j'ai voulu comparer quelle était de toutes les voies d'absorption la plus rapide, j'ai donc étudié l'absorption de l'iodure de potassium : 1° par l'estomac, 2° par le rectum et 3° par le tissu cellulaire.

1° Par l'estomac, nous avons obtenu le résultat suivant : le mardi 17 mars, le malade prend un julep gommeux contenant 1 gramme d'iodure de potassium, et quarante minutes après, nous obtenions dans les urines une coloration bleue très-marquée avec le papier amidonné ou le pain azyme.

Si nous comparons maintenant les résultats obtenus à ceux que

nous avons fait connaître en 1867 dans l'*Union médicale*, nous verrons une sensible différence relativement à l'absorption et à l'élimination de l'iodure de potassium. Voici ce que nous écrivions à cette époque dans notre mémoire sur l'absorption des médicaments par l'homme sain. Les sujets mis en expérience, étant surtout des hommes jeunes auxquels nous administrions de 50 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium : « Ces expériences, disions-nous, ont montré que si l'estomac est doué de la même puissance d'absorption chez tous les sujets, ce qui est douteux, il y a du moins des différences dans son élimination. En général, sauf de rares exceptions, l'iodure de potassium introduit dans l'estomac manifestait sa présence dans les urines dans une période de neuf à quinze minutes ; nous avons répété nos expériences sur un assez grand nombre de personnes pour être certain que les chiffres que nous donnons sont l'expression de la vérité. Cependant, bien que les jeunes gens sur lesquels nous expérimentions fussent dans les mêmes conditions de vacuité de l'estomac, nous devons ajouter que nous avons trouvé deux ou trois sujets chez lesquels il y avait une différence notable (comme dix ou quinze minutes de différence); fait sans doute peu important au point de vue de la digestion, puisque ces individus se portent bien... »

2° Le rectum, vidé par les lavements et ne recevant plus les produits de la digestion, était inerte, revenu sur lui-même. Le 22 mars, on donna un demi-lavement, contenant 1 gramme d'iodure de potassium; au bout de vingt minutes, la salive dénotait la présence de l'iodure de potassium, et au bout de vingt-cinq minutes, on trouvait cette substance dans les urines. Nous remarquerons que, dans ce cas, l'absorption par le rectum a été bien plus rapide que par l'estomac; c'est ce que nous avons observé précédemment, ainsi qu'on peut en juger par le résultat suivant.

Résultat de cinq expériences :

1re expérience, élimination par la salive en sept minutes.

2e, en cinq minutes.

3e, en cinq minutes.

4e, en six minutes.

5e, en deux minutes.

Il est juste d'ajouter que ces expériences étaient faites sur des individus sains et jeunes, tandis que notre malade subissait un trouble considérable dans ses fonctions digestives par le fait de l'anus contre nature; d'ailleurs, nous savons par nos précédentes expériences, que l'absorption de l'iodure de potassium ne se fait point avec la même activité chez tous les sujets.

4° Quant à la puissance d'absorption par le tissu cellulaire, voici l'expérience qui a été faite : 50 centigrammes d'iodure de potassium dissous dans 4 grammes d'eau, ont été injectés dans le tissu cellulaire du bras. Au bout de vingt-deux minutes, nous trouvions de l'iode dans la salive, et quarante-trois minutes après seulement dans les urines.

Telles sont les recherches que nous avons faites sur l'absorption par l'intestin grêle, l'estomac, le rectum et le tissu cellulaire.

Il résulte donc des expériences faites comparativement sur notre malade, que l'absorption de l'iodure de potassium et son passage dans la salive ont été beaucoup plus rapides dans l'intestin grêle que dans l'estomac, tandis qu'au bout de cinq à huit minutes après l'introduction de ce médicament dans l'intestin grêle, nous le trouvions dans la salive et l'urine. Il fallait, au contraire, quarante minutes quand il était introduit dans l'estomac pour le retrouver dans l'urine, et nous avons vu que le gros intestin de notre malade, bien qu'il fût inactif en quelque sorte, donnait grâce à sa puissance absorbante une réaction iodée dans la salive au bout de vingt minutes. Au premier abord, avant toute expérimentation, en raison de la richesse veineuse de l'estomac, j'aurais pensé que la plus grande puissance d'absorption devait être dans cet organe; il n'en est rien. C'est donc dans la nature de l'épiderme qu'il faut chercher la cause de ces différences, et non dans le système veineux.

Nous avons déjà dit, en commençant cette note, que notre malade, malgré une nourriture choisie, était souvent pris de troubles intestinaux, et que, malgré tous les soins dont il était entouré, il maigrissait d'une manière sensible, et accusait une diminution notable dans ses forces. Pour merendre compte de ce phénomène, j'ai voulu savoir la quantité d'urée rendue par les urines en vingt-quatre heures, depuis le 2 avril jusqu'au 15 du même mois. Les urines ont été examinées à ce point de vue, et voici le résultat de ces recherches :

URINES ÉMISES EN 24 HEURES. — URÉE.

2 avril.	Urines.	1,000 gr.	Urée. . .	20 gr 60
4 avril.	—	800 —	—	19 20
5 avril.	—	900 —	—	16 »
6 avril.	—	700 —	—	15 30
7 avril.	—	800 —	—	16 »
8 avril.	—	800 —	—	16 »
9 avril.	—	800 —	—	15 40

10 avril.	Urines.	1,000 gr.	Urée. . .	15 40
11 avril.	—	850 —	—	15 80
12 avril.	—	750 —	—	15 80
13 avril.	—	750 —	—	13 70
14 avril.	—	850 —	—	14 10

Le 15, le cours des matières s'est spontanément rétabli.

Il résulte de ce tableau que la quantité d'urée rendue par notre malade avait singulièrement diminué, si on la compare à ce qui se passe à l'état normal. On trouve une grande diminution, en effet, si l'on prend la moyenne des chiffres que nous avons donné, on arrive à peu près à la moitié de l'urée rendue à l'état physiologique. Maintenant, comment expliquer cette grande différence? Faut-il l'attribuer au repos du malade, à son inactivité? Tout en admettant que l'inactivité du malade ait été pour quelque chose dans la diminution de l'urée, elle ne rend pas compte de la grande différence que nous avons observée; il faut donc admettre que cette grande différence tenait à l'écoulement constant et souvent rapide des matières intestinales avant leur complète digestion, et avant surtout que l'absorption eût pris à la surface interne de l'intestin tout ce qu'elle pouvait prendre. Nous en avons la preuve dans la diminution de l'urine aussi bien que de l'urée.

Voilà donc un malade affecté d'un anus contre nature occupant la partie inférieure de l'intestin, condition la plus heureuse et qui, néanmoins, malgré une bonne nourriture, maigrit, perd ses forces, rend peu d'urine et peu d'urée.

Ce qui prouve bien que les accidents que nous signalons tenaient à l'anus contre nature et à l'écoulement des matières intestinales maintenues un temps trop court dans l'intestin grêle, c'est que, du jour où les matières intestinales ont repris leur cours, nous avons vu tout de suite les urines augmenter. Ainsi le 15 avril, nous trouvons 1,500 grammes d'urine et 24 grammes d'urée.

Le 16, 1,600 grammes d'urine et 20 gr 40 d'urée.

Les jours suivants, nous voyons la quantité d'urine augmenter et reprendre à peu près son chiffre normal. L'urée seule restait audessous de la moyenne. Au reste, le malade, se voyant guéri de son anus contre nature et sentant ses forces revenir en même temps que son embonpoint, nous quitta plus tôt que je ne l'aurais voulu.

Si chaque jour nous avions, par une compression bien faite, forcé les matières intestinales à séjourner dans l'intestin, aurions-nous vu augmenter la quantité d'urine, ainsi que celle de l'urée, cela est

possible et même probable. Pour nous prononcer d'une manière absolue, il faudrait connaître d'une façon plus positive les fonctions du gros intestin, qui est doué, comme nous l'avons vu, d'une si grande puissance d'absorption, ce qui se passe au contact de ses membranes quand les liquides intestinaux y arrivent encore demi-liquides ou liquides, quels sont les éléments qui y sont absorbés. L'anus contre nature, comme on le voit, peut donner lieu à une foule de recherches intéressantes que nous continuerons de faire si l'occasion se présente.

DISCUSSION

M. TILLAUX. Je demanderai à M. Demarquay un éclaircissement. Comment pouvait-il reconnaître le point précis de l'intestin grêle où il se trouvait au moment de l'opération.

M. SÉE. La quantité d'urée augmente toujours avec la quantité de liquide ingéré. Il aurait donc fallu, pour que les expériences de M. Demarquay eussent toute la rigueur désirable, mesurer avec soin la quantité de liquide ingérée quotidiennement par les malades.

M. DEMARQUAY. Cette mensuration m'eût été peu utile, car le malade qui m'a servi de sujet ne pouvait à peine tolérer de liquide; il y avait donc peu d'urine et, par suite, peu d'urée; en un mot, la diminution énorme d'absorption faisait que la quantité d'urée rejetée était infiniment petite.

Je répondrai à la question de M. Tillaux que, chaque fois qu'il m'arrive de faire un anus contre nature, j'amène au dehors l'intestin, et que cette portion herniée peut, jusqu'à un certain point, me guider; de plus, quand l'intestin est ouvert, j'examine les valvules; si elles sont très-grêles, très-rares, j'en déduis la portion d'intestin à laquelle elles appartiennent, surtout s'il vient s'ajouter à ce signe un temps considérable écoulé entre l'ingestion des aliments et leur issue. J'ai pu constater également sur d'autres malades, dont l'anus artificiel était plus élevé, des valvules très-abondantes, très-serrées, une issue presque immédiate des matières, et par suite, une mort rapide. Je me hâte pourtant d'ajouter que ces différents signes réunis constituent une présomption, mais non une certitude.

PRÉSENTATIONS

M. DEPAUL. J'ai demandé la parole, malgré l'heure avancée, pour la présentation d'une pièce que je ne saurais remettre. Vers la fin

du mois dernier, je reçus à l'hôpital des Cliniques une femme rachitique, que j'avais déjà accouchée en 1867, et sur l'enfant de laquelle j'avais alors pratiqué la perforation du crâne et la céphalotripsie.

Le bassin de cette femme mesurait 6 cent. 3/4. Je résolus de la faire accoucher prématurément, et j'iutroduisis à cet effet le dilatateur Tarnier. Ce corps étranger ne donna lieu, cette fois, qu'à un résultat fort incomplet. Le tube tomba après vingt-quatre heures sans donner lieu à des contractions notables. Je me proposais de substituer à l'ampoule de caoutchouc l'éponge préparée, lorsque,après ma visite, cette femme fut prise d'une douleur extrêmement vive dans le haut du ventre. Ce phénomène se complique bientôt de refroidissement des extrémités, de pâleurs, de syncopes. On m'envoya chercher. J'étais en ce moment retenu par un cinquième examen à l'hôpital de la Charité. La femme succomba. Mon chef de clinique, espérant avoir l'enfant vivant, pratiqua l'opération césarienne, mais ne put obtenir qu'un fœtus mort.

Voici ce que je trouvai à l'autopsie et ce que je puis mettre sous vos yeux :

Je trouvai d'abord le placenta absolument adhérent à la surface interne de l'utérus, et je pus me rappeler qu'en 1860 j'avais été obligé de pratiquer la délivrance artificielle cinq heures après l'expulsion du fœtus.

A la partie la plus élevée de l'utérus, je constatai un petit orifice entouré d'une vascularisation tout à fait anormale et caractérisé notamment par des sinus très-superficiels sous-péritonéaux que j'ai pu injecter pour les rendre plus appréciables; je m'assurais bientôt que la perforation utérine correspondait exactement à un point du placenta, lequel, je le répète, était beaucoup plus adhérent que de coutume.

Ce qui me frappa surtout, c'est la minceur de la paroi externe au niveau même de la perforation et dans une zone périphérique de 3 ou 4 centimètres de diamètre.

J'ai fait analyser le tissu utérin pris à ce niveau à l'aide du microscope, et il a paru démontré que les fibres utérines sont altérées dans leur texture. Les noyaux qui les constituent, au lieu d'être oblongs fusiformes, sont au contraire rugueux et inégaux. Nous n'avons point trouvé de sang dans la cavité utérine; tout s'était épanché dans la cavité abdominale, qui contenait 2 kil. de caillots et 1 kil. de sang liquide; en tout, 3 kil. C'est au niveau d'un sinus veineux usé, coupé, que l'hémorrhagie s'est produite, et elle a duré trois heures euviron

(je compte, du reste, publier l'observation détaillée de ce fait intéressant).

DISCUSSION

M. SÉE. Je trouve une très-grande analogie entre ce phénomène et le fait de la rupture du cœur, qui s'opère au sein d'une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires de l'organe.

M. PERRIN. J'ai vu plusieurs cas de rupture de l'aorte à sa sortie du cœur ; l'aspect était identique, ainsi que le résultat de l'examen micrographique.

M. DEPAUL. Je déclare que je n'ai jamais vu ni lu de fait semblable à celui-ci.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. DUPLAY présente un divulseur du rectum construit d'après le système du divulseur uréthral de M. Voillemier. Cet instrument a plusieurs numéros gradués de différentes grosseurs et permet de pratiquer à volonté la dilatation lente ou la divulsion brusque du rectum rétréci.

M. PAULET présente un nouvel amygdalotome construit par M. Aubry. Cet instrument est muni d'une lame de bistouri courbe et articulée. Il fonctionne d'une seule main.

PRIX LABORIE

La commission pour le prix Laborie est, après deux tours de scrutin, ainsi constituée :

MM. Paulet, Verneuil, Ledentu, Tillaux, Terrier.

PRIX DUVAL

La commission pour le prix Duval est, au premier tour de scrutin, ainsi constituée :

MM. Lannelongue, Polaillon, Forget, Nicaise, Marjolin.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part du docteur Feuvrier, deux brochures intitulées : 1° *Stomatite ulcéreuse des soldats ;* 2° *Deux cas de morsure de serpent venimeux.* — De la part du docteur Marion Sims, une brochure intitulée : *On ovariotomy.*

M. PAULET présente, de la part de M. Roux (de Brignolles) *une observation de hernie obturatrice nerveuse pendant le cours d'une fièvre typhoïde* (rapporteur : M. Paulet).

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Dehenne, une brochure intitulée : *Note sur une cause peu connue d'érysipèle.*

M. PANAS présente, de la part du docteur V. Lheuer, une brochure intitulée : *Un chapitre de chirurgie conservatrice.*

Amputation des tumeurs à lambeau. — M. DESPRÈS, à l'occasion du procès-verbal, montre deux moules relatifs à une opération d'ablation d'une bourse séreuse hypertrophiée par un procédé à lambeau dont il a parlé dans la dernière séance.

On voit ici quel était le volume de la tumeur, celui du poing. Sur le second moule, il y a une cicatrice courbe, qui ne fait que traverser la ligne médiane, de sorte que la peau saine existe sur le point qu'occupait la tumeur, et que le malade peut supporter les frottements sur le genou et se mettre à genou. Le malade, qui était raboteur de parquets et avait gagné cette maladie à ce métier, pouvait, sans souffrance, se mettre à genou après l'opération.

J'ajoute que l'opération que j'ai faite, pour obtenir une cicatrice bien placée, n'est pas une nouveauté. Nos collègues se rappellent que Jobert (de Lamballe) avait proposé un procédé de castration à lambeau

pour obtenir la réunion par première intention de la plaie du scrotum.

M. LE FORT. Dans la communication tout à fait incidente où j'ai parlé du procédé d'Esmarch, je n'ai jamais eu l'intention d'obtenir par ce procédé l'anesthésie. J'ai dit que, dans deux circonstances où j'avais affaire à des malades débilités, je signalais l'avantage de la diminution de la sensibilité qui permettait d'éviter le chloroforme. Je serais, du reste, d'autant moins disposé à ériger la méthode d'Esmarch en moyen d'anesthésie, qu'il faut, pour obtenir ce résultat, pratiquer une très-forte constriction à la racine du membre, et que la paralysie temporaire qui en résulte présente des inconvéuients. L'opération se fait, il est vrai, d'une manière à peu près exsangue; mais cette absence d'hémorrhagie est le plus souvent compensée et au delà par une hémorrhagie consécutive formée par les artérioles musculaires. J'ai eu, il y a une quinzaine de jours, à la suite d'une désarticulation de cuisse, pratiquée pour un ostéosarcome, une véritable pluie de sang; et c'est une des considérations qui me font croire que l'on arrivera à limiter considérablement les indications du procédé d'Esmarch, et à le réserver pour les opérations laborieuses et délicates.

En résumé, bien que l'anesthésie obtenue par le procédé d'Esmarch puisse engager à ne se point servir de chloroforme, il faudra toujours craindre qu'une trop forte compression pratiquée à la racine du membre dans un but anesthésique n'amène cette pluie de sang à laquelle je faisais allusion.

RAPPORT

M. DUPLAY. J'ai été chargé d'un rapport verbal sur un travail de M. Krishaber, daus lequel il propose d'extraire les corps étrangers de l'œsophage en faisant boire de l'eau au patient et en introduisant ensuite une tige munie d'une éponge préparée jusque dans l'estomac, de profiter de la dilatation énorme qu'a subie au sein du liquide l'éponge préparée pour ramoner, en retirant l'appareil, tout l'œsophage de bas en haut. Ce procédé a été employé sur une jeune fille qui avait avalé un os de dinde, et il a pleinement réussi : quelque ingénieux qu'il puisse paraître, je ferai cependant à ce moyen quelques objections. La première consiste dans l'impossibilité, parfois absolue, de faire ingérer au malade une quantité quelconque de liquide; la seconde a pour objet la nécessité de graduer le volume de l'éponge préparée. On sait, en effet, que la dilatation devient

éuorme, et il pourrait se faire qu'après avoir introduit dans l'estomac une éponge d'un certain volume, il devînt impossible après sa dilatation de la faire repasser dans l'œsophage. Je propose le dépôt du manuscrit de M. Krishaber aux archives.

Les conclusions du rapporteur sont adoptées.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je ferai observer que le procédé décrit par M. Krishaber est connu depuis longtemps.

M. DUPLAY. M. Krishaber insiste sur la nécessité de se servir d'éponge *préparée*; c'est ce qui fait l'originalité du procédé.

LECTURE

M. PERRIN lit une observation de hernie étranglée.

COMMUNICATION

M. LEDENTU fait la communication suivante :

Variété peu connue d'engorgement de la mamelle. — Je désire porter à la connaissance de la Société de chirurgie un fait intéressant, que j'ai observé récemment à la Salpêtrière et dont voici le résumé, d'après l'observation recueillie par M. Vallerian, interne des hôpitaux.

Une femme de soixante-dix-neuf ans, d'une constitution vigoureuse, offrant toutes les apparences de la santé, entre à l'infirmerie le 27 mai 1874. Le sein gauche est d'un volume plus considérable que le droit, mais la différeuce n'est pas énorme. Sur toute la moitié externe, la peau est d'un rouge assez vif, mais d'une teinte plutôt foncée. Cette rougeur n'est pas limitée par un bord saillant; elle s'efface par la pression du doigt et reparaît dès que celle-ci cesse.

Toute la région (glande, tissus sous-cutanés et peau) présente une induration considérable. Le derme est tendu. Les tissus sous-jacents sont fermes et en même temps un peu élastiques; ils ne se laissent déplacer qu'en masse et semblent très-homogènes dans leur composition. Nulle part, la pression du doigt ne laisse de traces durables, comme s'il s'agissait d'un œdème ordinaire. On ne parvient même pas à déprimer la peau; elle résiste comme les couches plus profondes.

L'induration est un peu plus prononcée à la partie plus déclive du sein; elle arrive jusqu'au sternum en dedans, atteint presque la clavicule en haut et envahit l'aisselle en dehors. C'est là qu'elle est le plus prononcée. Toute cette région est tendue et immobile. On y sent profondément une masse d'une consistance plus ferme, qui paraît collée aux côtes et qu'on ne peut déplacer par des pressions latérales. Cette masse, dont les dimensions sont à peu près égales en surface à celles de l'aisselle, est reliée à la mamelle par une induration allongée obliquement en bas et en dehors. Sous les téguments du seiu, on sent également des masses d'une consistance plus ferme, confondues sur leurs limites les unes avec les autres. Il est évident que la glande mammaire tout entière participe à la tuméfaction.

Toute pression même légère exercée sur la région détermine une souffrance vive, mais non aussi forte que dans les cas de névralgie mammaire. Les manœuvres d'exploration ne peuvent se faire qu'avec beaucoup de précaution.

Tout le membre supérieur gauche est douloureux et tuméfié ; mais ici la tuméfaction se présente avec tous les caractères de l'œdème. La peau n'offre la couleur rouge observée sur la moitié externe de la mamelle qu'à la partie supérieure du bras.

Tel est l'état dans lequel je trouve la malade à la visite du 28 mai 1874. Quant à ses antécédents, les voici :

A l'âge de trente-six ans, elle a été opérée d'une tumeur du sein gauche, à Versailles. La cicatrice, longue de 6 à 7 centimètres, tranche sur la coloration rouge du sein tuméfié.

A trente-six ou trente-sept ans, cette femme a fait une fausse couche. Depuis cette époque, jusqu'à l'âge de soixante-douze ans, elle a eu des pertes rouges et blanches; à soixante-douze ans, elle a rejeté par le vagin avec du sang un corps ayant, paraît-il, les dimensions du poing. Peut-être était-ce un corps fibreux utérin, mais il est à craindre que les dimensions données à ce corps ne soient très-exagérées.

La guérison du sein opéré s'est maintenue jusqu'à ce jour; seulement il est resté sensible, au point que le contact des vêtements y réveillait parfois de vives douleurs.

Récemment, la malade a eu des pertes sanguines et leucorrhéiques qui ont duré sept semaines. A leur déclin, il y a environ deux mois, le sein gauche a commencé à s'engorger; la rougeur n'est apparue que depuis quelques jours. Jusque-là, des douleurs très-vives et un gonflement notable avaient été les seuls symptômes observés. Depuis



environ un mois, les douleurs et le gonflement ont envahi le bras du même côté.

Pour le moment, les pertes ont cessé; l'utérus ne paraît ni plus sourd, ni plus volumineux qu'à l'état normal, mais il est sensible au toucher, et les mouvements qu'on lui communique réveillent des souffrances, qui gagnent tout le bas-ventre et s'étendent jusqu'aux reins.

Il n'y a point de troubles à noter du côté des grandes fonctions; la chaleur du corps est normale. La malade n'a jamais souffert de manifestations ni goutteuses ni rhumatismales.

Il résulte assez nettement des renseignements donnés par elle, qu'elle a éprouvé un refroidissement à l'époque où a commencé l'engorgement de son sein.

Traitement : repos, cataplasmes laudanisés.

30 mai. — Diminution notable des douleurs spontanées. Tuméfaction et rougeur un peu moindres.

8 juin. — Un engorgement de même nature se déclare à la partie externe du sein droit, engorgement bien limité en haut et en bas, diffus en dedans et en dehors.

26 juin. — L'engorgement du sein droit a les dimensions d'un gros œuf de poule; la glande y participe moins facilement. Rien dans l'aisselle de ce côté. Même induration en masse de tous les tissus; même rougeur un peu sombre de la peau.

A gauche, état stationnaire. La tuméfaction du bras est considérable, la main fortement œdématiée.

Prescription : 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour.

3 juillet. — Un peu d'amélioration du côté du sein gauche.

Compression douce sur tout le bras gauche au moyen d'une bande sèche. Compression sur les deux seins au moyen d'une couche épaisse de ouate bien maintenue par une bande.

20 juillet. — La compression, faite régulièrement tous les jours, a fait disparaître presque complétement l'engorgement du sein droit. Le bras gauche est beaucoup moins gros; le sein gauche diminue et devient plus souple, mais la rougeur persiste. La masse formée par les ganglions axillaires est plus facilement isolable, les tissus sus-jacents ayant beaucoup perdu de leur consistance.

27 juillet. L'œdème a disparu à la main et à l'avant-bras; il persiste au bras.

12 août. — Le bras a recouvré son volume normal. La rougeur n'existe presque plus au sein. De tous les symptômes observés jusque-

là, il ne reste plus qu'un peu d'engorgement des ganglions de l'aisselle.

5 octobre. — Suspension du traitement. La malade sort de l'infirmerie. État stationnaire depuis le 12 août.

3 novembre. — L'engorgement de l'aisselle a entièrement cédé. La guérison est complète. Les seins sont souples, et il faut une pression assez forte pour y réveiller quelques douleurs.

J'ai présenté cette observation comme un exemple d'une forme peu commune d'engorgement des seins. Pour justifier ce titre, il suffira de comparer ce fait aux formes admises par les auteurs qui ont traité d'une façon toute spéciale des maladies de la mamelle. Velpeau décrit :

1° L'engorgement physiologique des femmes jeunes, mariées ou non mariées, survenant à l'approche des règles, au commencement d'une grossesse ou à la suite d'une perturbation quelconque des menstrues.

2° L'engorgement simple reconnaissant pour causes, outre celles que je viens d'indiquer, les coups, les chutes, ou une irritation locale de nature variable, *parfois obscure dans son mode de production*.

Il peut être partiel, limité à un point de la glande elle-même, ou diffus, et alors, ou bien il siége dans la glande seule, ou envahit toutes les couches de la région (mamelle, tissu cellulo-graisseux et téguments); il survient dans le cours de la lactation ou succède à l'action de *causes internes*. D'après Velpeau, cette dernière variété serait rare.

3° L'engorgement hypostatique, propre aux mamelles lourdes, pendantes, volumineuses et grasses.

4° L'engorgement consécutif aux suppurations intraglandulaires.

5° L'engorgement qui accompagne parfois les tumeurs.

Celle de toutes ces formes qui se rapproche le plus du fait que j'ai observé, est la quatrième, l'engorgement diffus. Les symptômes que Velpeau lui attribue sont l'extension de la tuméfaction à toutes les couches de la région, l'augmentation de volume accompagnée de douleurs modérées. Mais, outre que cette maladie ne s'observe guère que chez des femmes jeunes ou adultes, qu'elle n'envahit guère les deux seins à la fois, on ne trouve dans la description qu'en donne Velpeau ni la rougeur des téguments, ni le gonflement des ganglions de l'aisselle, gonflement qui, chez la malade de la Salpêtrière, a été assez considérable pour arrêter le cours du sang dans toutes les veines de la partie interne du bras.

D'autre part, on lit dans l'*Anatomie pathologique* de Cruveilhier, sous la rubrique : *Œdème actif de la mamelle* ou *Hypertrophie simple œdémateuse*, la description « d'une augmentation considérable du volume de la mamelle laquelle débute par un œdème actif érysipélateux de la peau de la mamelle, et qui s'étend au tissu mammaire lui-même.

« ... Elle s'augmente par une fluxion érysipélateuse nouvelle, qui se produit de temps en temps et aboutit à l'induration hypertrophiphe de la glande mammaire, et quelquefois à l'éléphantiasis de la peau de cet organe. Cette hypertrophie peut être générale ou partielle. »

Ce tableau, un peu écourté, se retrouve actuellement dans tous les articles ou dans les ouvrages spéciaux où il est question de l'éléphantiasis. Cette dernière maladie débute, ainsi qu'on le sait, par des poussées d'inflammation érysipélateuse, qui se répètent deux ou trois fois au moins avant que l'induration des tissus persiste définitivement avec les caractères que l'on connaît. Il est généralement admis aujourd'hui que cette sorte de phlegmasie préparatrice porte souvent sur l'appareil lymphatique des régions atteintes.

« Ce n'est pas, dit Virchow, un œdème ordinaire, comme il se forme dans les parties qui sont à l'état d'hydropisie anasarque, mais bien une *leucophlegmasie*, une *phlegmasie blanche*, une *hydropisie pituiteuse*, ou plutôt un *œdème lymphatique*, qui se distingue déjà d'un œdème ordinaire en ce que les parties qui en sont atteintes n'ont pas une consistance empâtée, facilement dépressible, mais qu'ordinairement elles donnent la sensation d'un corps solide et que, offrant une plus grande résistance à la pression du doigt, elles ont par conséquent plutôt l'aspect d'un sclérème. Cette forme diffère aussi de l'érysipèle œdémateux des auteurs en ce qu'il n'y a *pas d'inflammation érysipélateuse antérieure à l'œdème des parties*, mais que l'œdème n'apparaît qu'avec l'inflammation. » (Virchow, *Traité des tumeurs*, t. I, p. 299.)

Un peu plus haut, dans le même ouvrage, on lit (p. 297) : « L'appareil lymphatique participe la plupart du temps de bonne heure à l'affection morbide; l'on voit en particulier, dans la direction des vaisseaux lymphatiques, apparaître des traînées rouges, chaudes, sensibles, souvent dures, et les glandes lymphatiques du tissu où siége le mal subissent une transformation aiguë, considérable. »

Il y a plus d'un point de ressemblance entre cette description et l'histoire de ma malade? N'ai-je pas noté la rougeur, la tuméfaction avec les caractères énoncés il n'y a qu'un instant, et l'engorgement

ganglionnaire douloureux ? L'analogie est si grande qu'il y aurait lieu de se demander si je n'ai pas assisté à une de ces poussées érysipélateuses qui signalent le début de l'éléphantiasis; mais celles-ci laissent généralement à leur suite un œdème persistant sur lequel viennent se greffer de nouveaux érysipèles, tandis que, chez ma malade, la guérison est aujourd'hui bien complète.

Il y a, en outre, dans son histoire, un fait qui me paraît digne d'attirer l'attention : ce sont les désordres fonctionnels dont l'appareil génital a été le siége pendant de longues années, qui se sont montrés de nouveau récemment, et dont la disparition a coïncidé avec le développement de l'engorgement mammaire. Les connexions physiologiques étroites qui lient les mamelles à l'appareil utérin sont si bien établies et si peu contestables, qu'il me semble légitime de penser que des troubles sérieux survenus de longue date dans les fonctions de l'utérus ont pu créer chez cette femme une prédisposition à toutes les formes d'engorgement utérin; à condition toutefois d'ajouter que les engorgements actifs, pseudo-inflammatoires ou subinflammatoires, comme les nomme Velpeau, se développent de préférence chez les femmes adultes en pleine possession de leurs fonctions génitales.

Mais ce serait se montrer peu exigeant que de se contenter, pour toute explication, de ce simple rapprochement. En revanche, si l'on veut pénétrer plus avant au fond des choses, on rencontre toutes les difficultés d'interprétation qui ont rendu si malaisée jusqu'à ce jour la classification des œdèmes envisagés en eux-mêmes ou dans leurs rapports avec les maladies inflammatoires de la peau et du tissu cellulaire. Parmi ces dernières, il y en a une qui occupe un rang important par les nombreux travaux qui l'ont eue pour objet, c'est l'érysipèle.

Si j'en parle en premier lieu, ce n'est pas qu'il y ait une assimilation seulement vraisemblable à faire entre le fait dont je vous entretiens, et l'érysipèle franc; mais on a signalé des œdèmes chroniques qui succèdent à cette maladie et aboutissent à une sorte de dermite hypertrophique très-voisine de l'éléphantiasis proprement dit. La malade n'a jamais présenté ni les phénomènes aigus du début de l'érysipèle, ni le bourrelet périphérique, ni la tendance à l'extension propre à la rougeur érysipélateuse vraie, ni la disparition généralement rapide de celle-ci, ni la consistance molle et empâtée de l'œdème ordinaire. Je puis donc affirmer que cet engorgement était d'une autre nature, et qu'il s'est montré d'emblée avec tous les caractères qu'il a présentés par la suite : rougeur fixe, douleur, gon-

flement élastique et ferme, engorgement ganglionnaire au moins du côté gauche.

Il ne peut être non plus question ici ni d'un de ces œdèmes tantôt légèrement inflammatoires, tantôt tout à fait passifs, qu'on a vu succéder à une altération phlegmasique ou cirrhotique des ganglions, et dont M. Renaut cite plusieurs cas dans son intéressante thèse. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher.

Chez la malade de la Salpêtrière, tout indique d'abord que la maladie était de nature inflammatoire, bien que l'inflammation ait eu une marche très-lente et une intensité très-médiocre. La difficulté réside dans la localisation de l'inflammation. Le derme y a participé; il était rouge, douloureux, épaissi. Les tissus sous-cutanés (le tissu graisseux particulièrement) n'en étaient pas exempts, car la douleur était tout autant profonde que superficielle, et le gonflement avait un caractère qui n'appartient qu'aux tissus enflammés, l'induration. Cette induration avait quelques rapports avec celle qu'on produit en irritant artificiellement le tissu graisseux chez les animaux. Enfin la glande ellemême se révélait par une consistance plus ferme, qu'on parvenait à percevoir au travers des couches sous-cutanées épaissies.

Si donc on peut affirmer que l'inflammation occupait tous les tissus, il était difficile de dire lequel elle avait frappé tout d'abord. Pourtant, dans la mamelle droite, où j'ai vu apparaître la maladie, je dois dire qu'elle présentait exactement les mêmes caractères du côté opposé; il est donc probable qu'il serait contraire à la vérité de vouloir localiser primitivement le mal soit dans la peau, soit dans le tissu adipeux, soit dans le tissu glanduleux.

Mais dans la mamelle, plus encore que dans beaucoup de points de l'organisme, il y a un système de vaisseaux répartis en grand nombre, aussi bien dans la peau que dans les tissus sous-cutanés et dans la glande elle-même, c'est le système des vaisseaux lymphatiques. Une inflammation peu intense développée dans ce réseau si riche ne peutelle pas faire croire à uu état morbide généralisé à tout l'organe, alors qu'en réalité il n'y a de malade qu'un de ses éléments constitutifs? En d'autres termes, cette forme d'œdème dur ne serait-elle pas dans son essence une lymphangite réticulaire diffuse subaiguë, dans laquelle le gonflement s'expliquerait, ou par la propagation de la phlegmasie au tissu cellulo-adipeux, ou à la non-résorption de la sérosité versée dans les tissus par les capillaires sanguins?

Des travaux tout récents ont montré quelle part importante avait le système lymphatique dans les lésions primitives ou secondaires de certaines formes d'érysipèle, des œdèmes chroniques succédant à

des affections inflammatoires ou purement passifs, originairement, des indurations sclérémateuses conséeutives aux œdèmes prolongés, des éléphantiasis proprement dits, soit dans leurs phases initiales, soit dans leur période d'état, de certaines formes de *phlegmatia alba dolens*, et d'œdèmes aigus, ayant quelques rapports avec cette dernière maladie. Il serait donc permis de penser, eu égard surtout à l'engorgement ganglionnaire considérable observé dans l'aisselle gauche, que la phlegmasie a eu pour siége primitif les vaisseaux et les ganglions lymphatiques. Mais, outre qu'un engorgement ganglionnaire ne suffit pas à lui seul pour qu'on puisse affirmer que la maladie qui en est la cause a pour point de départ exclusif une altération des vaisseaux lymphatiques, il ne faut pas oublier que cet engorgement a mauqué dans l'aisselle droite. Aussi, tout en admettant la participation à peu près certaiue des lymphatiques dans cette forme peu connue d'engorgement mammaire, je me vois obligé de faire des réserves sur le siége primitif et la nature intime du mal.

Quant à la désignation qu'on doit lui appliquer, en attendant que cette lacune de son histoire ait été comblée, je crois que la meilleure serait celle qui en rappellerait les principaux caractères symptomatiques. L'induration évoque le mot sclérème; la rougeur, la douleur, l'épithète phlegmasique. Enfin cette maladie étant susceptible de guérison à l'encontre du sclérème ordinaire, qui représente généralement le terme définitif d'une série d'évolutions morbides de nature incurable, le mot temporaire introduit dans cette dénomination dissiperait toute confusion. Je propose donc d'appeler *sclérème phlegmasique temporaire* de la mamelle la forme peu commune d'engorgement qui a fait l'objet de cette communication.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. J'ai écouté avec le plus grand soin la lecture de M. Ledentu, et je crois que son travail renferme la description d'une variété de tumeur du sein citée vaguement par Cruvelhier. Les cas analogues ne sont pas d'une extrême rareté et deux d'entre eux me sont restés très-présents dans la mémoire.

Le premier remonte à un certain nombre d'années, puisque je venais de terminer mon internat : je fus consulté par une dame d'une très-belle santé, d'un tempérament sanguin, âgée de quarante ans, pour un développement tout particulier des seins. La gorge avait la dureté de la pierre; elle était de plus le siége d'élancements douloureux et d'une extrême sensibilité, sans qu'il y eut pourtant trace de

rougeur ou d'inflammation. Sans me rappeler exactement la constitution de cette dame, je me souviens pourtant d'avoir donné des soins à sa fille pour un rhumatisme, ce qui permettrait d'admettre l'existence dans cette famille de la diathèse rhumatismale. Je conseillai du repos, des bains, des émollients, et, au bout de quelques semaines, la turgescence disparut.

Il y a douze ans, je soignais pour une affection analogue, avec mon excellent ami Dechambre, une dame mexicaine ayant eu dix ou douze enfants et de fort belle apparence. Cette dame était essentiellement goutteuse et graveleuse, et nous la traitions par les alcalins sous toutes les formes. Elle me fit un jour mander à Neuilly, qu'elle habitait, pour un incident singulier. Cette dame, dont les mamelles étaient fortes comme celles de la plupart des créoles espagnoles et quelque peu tombantes, avait vu tout d'un coup son sein droit se gonfler, se durcir et présenter une sorte de véritable érection. La mamelle était tendue, luisante, et avait l'aspect, au point de vue de la turgescence, d'une pièce hydrotomisée. Le repos, les émollients, les cataplasmes eurent raison en quinze jours de cet état singulier. Deux ou trois jours après, apparut un œdème subaigu du bras, qui céda lui-même rapidement à la même médication.

J'insiste sur la relation possible à établir entre la turgescence mammaire et la constitution goutteuse ou rhumatisante, le tout coïncidant avec l'âge de quarante ans.

Enfin je soigne en ce moment une Américaine du Sud, originaire de l'Équateur, qui, il y a deux mois, a été prise d'une douleur violente de la mamelle et d'une augmentation de volume du même organe au moins d'un tiers en sus. Je suspendis le diagnostic, et je prescrivis le traitement émollient. Nous devions revoir la malade quinze jours après notre première visite, quand on vint nous avertir que tout avait disparu. Je revis la malade peu de temps après; elle n'avait plus, au centre de la glande, qu'un petit noyau induré. Le lendemain de cette seconde visite, gonflement énorme comme le premier jour, avec douleurs coexistantes dans les genoux. Cette malade est, du reste, essentiellement goutteuse. Aussi, tout en pensant qu'il est possible d'établir une corrélation intime entre ces trois cas, suis-je convaincu de la difficulté du classement de ces affections au point de vue de la nomenclature.

M. LEDENTU. Je remercie M. Verneuil des additions qu'il a faites à ma communication; je ferai cependant observer que ma malade n'était ni goutteuse ni rhumatisante, ce qui éloigne beaucoup le rapport qui pourrait exister entre les cas cités par M. Verneuil et

le mien; de plus, les accidents chez ses malades ont été brusques, presque instantanés, et rappellent absolument les accès de goutte. Dans mon cas, le développement s'est fait avec une certaine lenteur, et de plus il y avait de l'adénite. S'il n'y avait eu ni rougeur ni adénite, on pourrait rapporter le cas aux engorgements diffus généralisés de Velpeau. Et comme Velpeau déclare que, dans cette affection, il y a presque toujours coexistence de maladies internes, je serais teuté de faire rentrer dans cette catégorie les malades de M. Verneuil, toutes goutteuses ou rhumatisantes; mais je demeure embarrassé pour classer l'affection dont j'ai décrit les caractères avec absence de diathèse; un âge plus avancé que la ménopause, et surtout cette rougeur sombre compliquée d'induration et d'adénite du voisinage. Je pense qu'il y aurait intérêt à rassembler un certain nombre de faits de ce genre.

M. VERNEUIL. J'ai surtout pris la parole pour faire ressortir l'intérêt qui doit s'attacher à la communication de notre collègue. Je conviens qu'entre les faits que j'ai cités et le sien il y a de la dissemblance. Il serait très-heureux qu'on pût faire partir de la Société de chirurgie une description exacte de ces faits bizarres de tuméfaction rapide et guérissable des mamelles. Je consens à classer les faits observés par moi dans la catégorie des engorgements diffus généralisés de Velpeau; mais je ne puis m'empêcher de trouver bien du vague dans cette appellation, et je crois qu'une plus grande précision serait désirable.

RAPPORT

Procédé d'Esmarck. — M. LANNELONGUE lit le rapport suivant sur le mémoire de M. Chauvel.

Messieurs, à l'occasion d'une communication de M. Le Fort sur un cas de résection du coude par le procédé d'Esmarck, chez un malade qui a supporté cette opération sans en ressentir de douleur, M. le docteur Chauvel, agrégé au Val-de-Grâce, est venu vous apporter les résultats que lui a donnés l'expérimentation de la nouvelle méthode, faite justement en vue d'éclairer ce point encore obscur de l'insensibilité qu'amène la compression élastique sur les parties où elle est appliquée. Vous avez chargé une commission dont je suis le rapporteur, composée de MM. Demarquay, Le Fort et Lannelongue, d'examiner son mémoire, qui a pour titre : *Note sur l'emploi de l'appareil à compression élastique d'Esmark, comme*

moyen d'obtenir l'insensibilité locale. Au premier abord, un pareil résultat, s'il est vrai qu'on l'obtienne, est une séduction de plus à ajouter aux avantages déjà si grands qu'on retire du procédé d'Esmark. Pratiquer, en effet, une opération ou légère ou plus considérable, sans affaiblir par perte de sang la santé de celui qui la supporte, en donnant même en supplément à l'économie celui de la partie qu'on va enlever et trouver cette partie froide et insensible, sans révolte contre celui qui la blesse, n'est-ce pas réaliser d'un seul jet une de ces heureuses conceptions qui ont valu à la nouvelle méthode d'être déjà très-répandue à l'aube de son apparition. Ainsi peut s'expliquer le peu de discussions élevées à son sujet; mais aussi la rareté des publications qui la concernent, nous impose-t-elle le devoir d'accueillir avec la plus grande faveur tout travail qui se propose ou d'y ajouter une donuée nouvelle ou d'en dévoiler quelque secret.

Le but qu'a poursuivi M. Chauvel est large; il s'est proposé d'étudier les effets physiologiques de la compression élastique, c'est-à-dire : son influence sur la circulation et plus particulièrement sur la tension artérielle; son influence sur la respiration dans les cas où l'ischémie étendue à un membre entier amène une réplétion relativement plus considérable dans tout l'appareil circulatoire; et enfin les phénomènes locaux déterminés par l'absence de circulation, dans la partie anémiée, température, motilité, sensibilité. Mais M. Chauvel ne nous a communiqué de son œuvre que ses recherches sur la sensibilité, ce qui limite la discussion au domaine ainsi tracé.

Son mémoire comprend deux parties. L'une, de pure expérimentation, prise sur l'homme sain, sur lui-même le plus souvent, manière quelquefois avantageuse, toujours honorable, mais que remplit souvent de dangers l'illusion bien difficilement séparable du but que l'on poursuit. La seconde partie touche directement à la pratique de notre art; elle repose sur trois observations où l'on a pu contrôler les résultats donnés par les expérimentations.

Dans la partie expérimentale, où l'interprétation était difficile, M. Chauvel a cherché à éviter toute cause d'erreur : pour cela, il a d'abord pris la mesure de la sensibilité normale; puis, appliquant la compression élastique qu'il maintient pendant un certain temps, il procéda en suivant la même méthode à la reconnaissance de l'état dans lequel se trouve cette même sensibilité. Quinze expériences ont été ainsi faites : 12 sur le membre inférieur, 3 sur le membre supérieur. Un seul des sujets expérimentés a été réfractaire; chez tous les autres, il a constaté une diminution de la sensibilité. Mais il importe que

les conclusions de l'auteur soient fidèlement reproduites, je cite textuellement les plus saillantes, etc. L'anesthésie n'est jamais immédiate, elle ne se développe qu'après un temps variable de cinq à quinze ou vingt minutes. L'insensibilité paraît plus vite au membre supérieur qu'au membre inférieur ; le degré de constriction du membre par la bande et surtout par le tube de caoutchouc appliqué à la racine, a beaucoup d'influence sur le développement lent et rapide, et sur le degré de l'anesthésie locale.

L'insensibilité apparaît tout d'abord dans les parties les plus éloignées du tronc et n'atteint que progressivement les régions supérieures ; c'est aussi dans les extrémités qu'elle se montre au degré le plus élevé.

Enfin, dans tous les cas, sauf ceux où la sensibilité semble être demeurée normale, il y a une anesthésie évidente, mais presque toujours incomplète. »

Cette dernière conclusion, relative à la sensibilité tactile, est évidemment la plus importante, elle établit que l'insensibilité n'a jamais existé. N'est-on pas alors naturellement conduit à se demander dans quelle étendue a diminué la sensibilité, ou ce qui me paraît identique, par quel moyen a-t-on constaté la différence signalée. M. Chauvel s'est servi, dans ses expériences, du procédé qu'emploient les physiologistes pour comparer le degré de sensibilité des diverses parties du corps. Avant d'appliquer la bande élastique, il mesure aux doigts, aux orteils, à la jambe, etc., la distance minimum qui sépare les deux pointes du compas, donnant la notion de deux contacts. La partie rendue anémique, répétant la même expérience aux mêmes endroits, M. Chauvel a-t-il obtenu une différence en plus dans la longueur de la ligne d'écart? Cela est probable, cela est certain même d'après les conclusions formulées. Disons, toutefois, que M. Chauvel a négligé de l'indiquer et de nous donner des résultats comme un chiffre, par exemple, qui eussent immédiatement frappé l'esprit de son lecteur. En un mot, des deux points sentis avant l'épreuve, il n'y aurait plus qu'une seule sensation traduite pendant la période ischémique, ou en d'autres termes, la sphère d'activité d'un certain nombre de filets nerveux terminaux ou de leurs cellules ganglionnaires ne s'exercerait plus ou s'exercerait dans un champ moins étendu.

Si M. Chauvel n'a pas, dans son mémoire, rendu sa pensée sous cette forme que je crois plus saisissable, elle ressort cependant de la lecture de la thèse de M. Soulié qui contient le récit des expériences de M. Chauvel. Ainsi le patient a perdu dans la partie anémique la notion du contact des deux points qu'il avait auparavant.

Faut-il conclure de là qu'un certain nombre de points sont devenus insensibles? Bien certainement non, car si l'on vient à toucher isolément chacun de ces points, la notion du contact est réelle et immédiate. On ne peut donc pas dire qu'il y a insensibilité d'une surface quelconque du tégument, tout au plus est-il permis d'avancer qu'une zone, dans laquelle on recherche, par deux ou plusieurs attouchements, l'état de la sensibilité, fournira les notions moins précises, moins nettes, comme s'il existait quelques lacunes dans les voies de transmission par exemple.

Telle est, relativement à la sensibilité tactile, la manière sous laquelle on peut concevoir les modifications survenues.

Soit que l'on considère la douleur comme une forme de la sensibilité ou comme une de ses manifestations troublées, comme elle est un élément constant de nos opérations, il importait au plus haut degré de constater les modifications qu'elle a pu subir. Qu'est devenue la douleur dans la partie anémiée? Existe-t-elle avec la même intensité, ne serait-elle pas accrue ou au contraire, et cela suffirait pleinement à nos besoins d'anesthésie chirurgicale, ne la trouvera-t-on pas éteinte?

Voici comment s'exprime M. Chauvel à ce sujet : « L'impression à la douleur est la plus rapidement affaiblie, et l'analgésie est le phénomène le plus marqué et le plus saillant. La sensation du contact persiste davantage, et nous en étions venus à nous demander si l'analgésie apparente ne provenait pas du peu d'intensité des impressions douloureuses qu'il nous était permis d'utiliser chez nos sujets ».

Comme on le voit, cette dernière phrase de la citation est un peu en désaccord avec celle qui la précède immédiatement, et c'est en définitive par un doute prudent et réservé que se trouve formulé le jugement de M. Chauvel. Ce doute m'a gagné et me possède entièrement, car si la sensibilité tactile n'est pas éteinte, pourquoi la sensibilité à la piqûre, c'est-à-dire la douleur, le serait-elle? Mais il faut noter que M. Chauvel ne paraît avoir expérimenté que sur la peau. Est-ce que la douleur n'affecte pas, avec une intensité peut-être aussi égale, les parties plus profondes. On répète beaucoup, il est vrai, que dans les opérations la section de la peau est la plus douloureuse; cela est exact, ce premier temps est, pour bien des motifs, un des plus pénibles; l'est-il davantage que les autres temps qui intéressent les parties plus profondes? je l'ignore. Mais si, sur ce point, on ne peut établir de comparaison, il est certainement vrai de dire que sont plus douloureuses que la section de la peau celles des filets nerveux d'une certaine importance; celles-ci ou simplement leur piqûre, leur

pincement donnent lieu à ces douleurs extrêmes, suivies de ces secousses, de ces émotions douloureuses même qui jettent les malades dans un état d'accablement profond.

Or si telle est la douleur opératoire, les expériences instituées par M. Chauvel n'établissent pas suffisamment qu'elle a subi de profondes modifications. C'est pourquoi la seconde partie de ce mémoire, purement clinique, devait offrir à mes yeux le plus grand intérêt, et je l'aborde maintenant avec la pensée d'y trouver une réponse plus catégorique.

Trois observations en constituent le fond. Deux d'entre elles sont deux cas d'ongle incarné; dans la première, le chirurgien, après avoir appliqué la compression élastique, introduit, sans aller jusqu'à la matrice, une lame d'un fort ciseau ; une bande de l'ongle de 6 millimètres de largeur est coupée, puis arrachée. Le malade affirme que la souffrance a été faible. Dans la seconde, les débris de l'ongle, car cet ongle avait subi des ravages de l'ancienneté de son mal, sont enlevés sans que le malade témoigne une douleur bien vive; je dois ajouter qu'il a supporté ensuite également sans souffrance douze minutes d'application d'une couche de pâte de Vienne sur la matrice de l'ongle. Ces deux observations sont-elles suffisantes pour établir que désormais l'insensibilité opératoire sera réalisée par la compression ? Je ne le pense pas ; que l'on veuille bien tenir compte de l'exiguïté de ces opérations, de leur courte durée, de ce qu'il y a de variable individuellement dans l'expression douloureuse accusée par les malades, et même des différences qui se tirent du rapprochement d'un certain nombre d'ongles incarnés, et qu'à cela on ajoute que l'insensibilité n'existait pas dans les deux observations précédentes, et je pense que j'aurai suffisamment justifié mes doutes.

Trouve-t-on, dans la troisième observation, des garanties meilleures en faveur du procédé ? Ce n'est pas mon avis. Depuis longtemps, un militaire se plaint de douleurs irrégulières, il simule très-probablement une sciatique, et, par suite, il a été naturellement réfractaire à la thérapeutique la plus nombreuse et la plus variée. M. Chauvel lui pratique la cautérisation ponctuée, qui réveille des douleurs très-vives à la cuisse près du lien constricteur, beaucoup moins à la jambe; la brûlure est également ressentie à la face dorsale du pied. Ce n'est qu'à la pulpe du gros orteil que l'application du fer rouge ne produit pas de douleur, à moins qu'elle ne soit prolongée un certain temps et qu'on n'appuie assez fortement. Est-ce bien là une anesthésie complète? Je me hâte d'ajouter que tout est à craindre dans les révélations d'un individu qui simule.

Ainsi ces faits ne me paraissent pas concluants, et si je voulais plaider la cause contraire, je pourrais à mon tour citer nombre de faits, invoquer l'autorité de quelques-uns de nos collègues, où le procédé a été infidèle sur ce point, et y ajouter même quelques exemples qui me sont personnels: celui-ci, d'un amputé de cuisse, par exemple, qui ne tenant pas à être endormi, a souffert considérablement pendant toute l'opération. Mais je ne veux pas entrer dans cette voie, me bornant à dire que je trouve, dans la persistance de la sensibilité tactile et à la douleur, une garantie de plus en faveur du procédé d'Esmarck.

Si l'on recherche, en effet, les modifications que peut entraîner ce procédé, on remarque qu'il agit d'abord sur la circulation artérielle qu'il interrompt complétement. Or, en privant une partie de l'économie de l'abord de tout sang artériel, en la plaçant dans un état d'ischémie totale, modifie-t-on au point de l'éteindre la sensibilité de cette partie ? Je pourrais citer comme preuves du contraire les faits pris sur l'homme de ligatures de l'artère principale d'un membre de l'aorte même, où l'on n'a constaté aucune différence dans le premier cas, et seulement une sensibilité plus imparfaite dans le second. Mais encore ces exemples ne sont-ils pas assez satisfaisants, parce qu'on n'a pas recherché la sensibilité profonde, parce qu'on s'est borné à l'examen de la surface de la peau ! Aussi convient-il de rappeler les les expériences plus concluantes de Longet, qui les résume en ces termes. « Dans ces expériences, au nombre de cinq, cinq ligatures de l'aorte chez des chiens, la sensibilité des membres abdominaux n'a jamais été abolie; le pincement du nerf sciatique et de ses branches m'a paru à peu près aussi douloureux que dans l'état normal. »

Il est vrai que le procédé d'Esmarck ne se borne pas à produire l'ischémie, il rend la partie anémique à l'extrême ; cependant il ne la prive pas complétement de tout le sang veineux qu'elle renferme, ainsi que l'atteste la coloration rouge de la plupart des tissus. La compression élastique n'est-elle pas d'ailleurs absolument inefficace pour chasser le sang compris dans les diverses pièces du squelette dont se compose un membre. Peut-être aussi pourrait-on réclamer une exception pour les nerfs dont la circulation se fait par de longues arcades anatomiques, dont les origines dans les nerfs importants se trouvent près des origines de ces mêmes nerfs, c'est-à-dire à une place où la compression ne peut être exercée.

Aussi pourrait-on invoquer en faveur de ces dernières circonstances, pour expliquer la persistance des fonctions nerveuses, s'il était démon-

tré que la suspension de toute circulation dans un nerf, pendant un temps assez court pour que la nutrition du nerf n'en soit pas troublée, supprime les propriétés physiologiques de ce nerf. Mais il n'est pas à dire pour cela que la sensibilité ne reçoit aucune modification pendant l'épreuve compressive des membres, et je dois signaler les expériences fructueuses faites dernièrement par Laborde : « Lorsque, dit-il, sur un chien bien portant, on applique solidement une bande de tissu élastique sur l'un des membres postérieurs, et que, selon la méthode d'Esmarck, on maintient le refoulement complet du sang à l'aide d'un tube en caoutchouc, voici ce que l'on observe au point de vue de la sensibilité. Immédiatement après l'application du bandage, la piqûre, le pincement, la brûlure ne donnent lieu à aucune réaction motrice ou subjective, traduisant une manifestation douloureuse. Le pincement énergique de la matrice unguéale, qui est particulièrement douloureuse chez les chiens, ne provoque aucune sensation apparente. Si quelques filets nerveux d'une des deux branches du sciatique ont été mis à nu et qu'on les pince, il n'y a pas de sensation réactionnelle. »

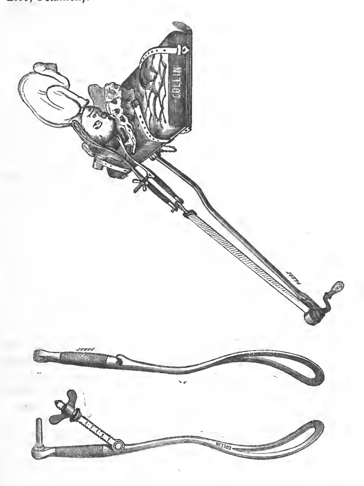
M. Laborde a constaté, de plus, que cette période anesthésique ne dépassait guère en moyenne trois minutes, et qu'elle était constante. Il lui succède une phase nouvelle, dans laquelle la sensibilité reprend son taux à peu près normal, qui ne dure guère non plus que deux à trois minutes. Et à son tour, celle-ci est suivie d'une période hyperesthésique très-caractérisée, qui se continue avec exacerbation et qui a sa plus grande intensité vers la huitième ou la neuvième minute.

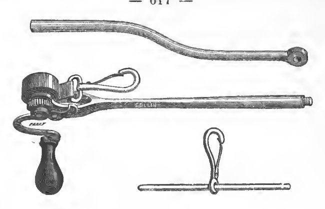
De ces expériences, il semblerait résulter qu'on doit choisir la période initiale d'anesthésie, pour éviter la douleur opératoire ; mais sa courte durée et l'hyperesthésie qui lui succèdent n'offrent que bien peu de garanties pour la plupart des opérations. Au surplus, jusqu'à quel degré chez l'homme a-t-on obtenu une période anesthésique parfaite? Sur ce point, on ne trouve guère dans les faits publiés jusqu'ici que beaucoup de contradictions. Peut-être faut-il en chercher la raison dans le degré plus ou moins grand de constriction exercée circulairement à la racine du membre ; et si quelques chirurgiens, M. Demarquay entre autres, ont pu constater que cette constriction n'est pas douloureuse, qu'il me soit permis de dire que la sensation qu'elle procure est plus voisine de la douleur que de l'agréable. Je terminerai donc en pensant que, chez l'homme, le procédé d'Esmarck amène une perturbation dans la sensibilité du membre sur lequel on a fait la compression, perturbation que le degré de constriction exercé

par le tube en caoutchouc, joint au siége où ce tube est placé, ne permettent d'apprécier que très-imparfaitement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. PROS présente une série d'appareils destinés à faciliter l'application du forceps aux tractions continues (commission : MM. Guéniot, Blot, Polaillon).





PRÉSENTATION DE MALADES

M. MARC SÉE présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué la résection du coude.

La malade, âgée de quatorze ans, était atteinte depuis quatre ans d'une tumeur blanche du coude droit. Une suppuration abondante et fétide avait épuisé cette jeune fille, à laquelle on avait proposé à plusieurs reprises l'amputation du bras.

M. Sée pratiqua, le 4 février 1874, la résection du coude, suivant la méthode de M. Ollier, et enleva près de 5 centimètres de l'humérus et environ 3 centimètres des os de l'avant-bras. Une rondelle osseuse de chacun des os du coude fut éliminée consécutivement.

La malade ne perdit pour ainsi dire pas de sang, grâce à la compression par la méthode d'Esmarch, et à un pansement un peu compressif appliqué avant l'ablation de la bande élastique. Aucune ligature ne fut faite. Le membre fut maintenu dans la demi-flexion et dans une immobilité complète au moyen d'une gouttière en gutta-percha moulée préalablement sur le membre sain.

La suppuration fut assez longue et ne se tarit qu'après l'expulsion de plusieurs séquestres, dont un formant une rondelle osseuse complète.

Lorsque la cicatrisation fut achevée, la malade, dont l'état général s'était déjà considérablement amélioré, fut envoyée à Berck le 23 mai dernier.

Elle en est revenue le 10 novembre, très-bien portante. Le coude est solidement cicatrisé. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont très-faciles; la flexion se fait avec assez de force.

L'extension est purement passive et ne peut aller jusqu'à placer l'avant-bras sur la ligne du bras.

Il n'existe point d'articulation proprement dite : les os du bras et de l'avant-bras ne paraissent point retomber directement et sont susceptibles de faibles déplacements dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral. La reproduction des os ne s'est faite que partiellement, et il n'y a rien qui ressemble à des surfaces articulaires. Cependant la malade se sert de son membre pour tous les usages habituels.

M. MARJOLIN. Je ferai remarquer l'extrême différence du pronostic entre les résections du membre supérieur et celles du membre inférieur. Cela tient à ce qu'après des opérations aussi graves que les résections, le mieux qu'on puisse ordonner est de faire sortir les malades le plus tôt possible, conditions impossibles à réaliser à la suite des réseetions du cou-de-pied, du genou et de la hanche.

Pour moi, j'ai presque constamment obtenu des résultats déplorables à la suite des résections du membre inférieur, et je suis convaincu qu'il faut en attribuer la cause à l'impossibilité de faire sortir les opérés.

M. SÉE. Je n'ai jamais fait de résection du genou. J'en ai pratiqué une de la hanche, et le résultat a été fâcheux. Aussi, quelque encourageante que soit la statistique qui nous vient de l'étranger, suis-je à peu près décidé à renoncer à cette opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine publiés pendant la semaine et le *relevé des conclusions adoptées par la conférence sanitaire internationale de Vienne.*

PRÉSENTATIONS

M. FONTANA adresse un travail manuscrit intitulé : *Appareil à fractures de la jambe*, de Baudens, modifié par le docteur Farina (de Menton). L'appareil employé par M. Farina est joint à la communication. (Commissaires : MM. Forget, Paulet, Cruveilhier.)

M. DARIN adresse un travail imprimé intitulé : *A propos des anesthésiques.* (Commissaires : MM. Lannelongue, Dubrueil, Duplay.)

M. ROCHARD (de Brest), membre correspondant, fait hommage de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de : *Histoire de la chirurgie française au dix-neuvième siècle.*

RAPPORT

M. LANNELONGUE fait un rapport verbal sur un travail de M. Forné intitulé : *Contributions à l'anesthésie chirurgicale.*

Messieurs, vous m'avez chargé de vous exposer oralement une courte analyse d'un travail intitulé : *Contributions à l'anesthésie chirurgicale*, ou remarques à l'occasion d'un nouveau procédé d'anesthésie en deux temps, par M. Forné, médecin de première classe dans la marine. En m'acquittant de ce devoir, permettez-moi tout d'abord de satisfaire votre curiosité par la description du procédé. Il repose sur le principe de l'association d'un agent narcotique à un agent anesthésique dont l'idée première revient à Claude Bernard, qui l'a de plus expérimentalement appliquée au Collége de France. En chirurgie, Nusbaüm, Rigault et Sarrazin, Guibert de Saint-Brieuc, Labbé, Goujou et Surmay l'ont mis en pratique avec succès. L'agent narcotique était l'opium, l'agent anesthésique, le chloroforme. A l'opium, M. Forné substitue le chloral; au lieu de l'injection sous-cutanée d'un sel de morphine, M. Forné recommande l'une des deux voies ordinaires par lesquelles on introduit les médicaments dans l'économie, la bouche ou le rectum. Voici d'ailleurs comment il procède. Dans un premier temps il fait prendre à ses malades une dose unique de chloral, variable entre 2 et 5 grammes suivant l'âge des sujets. Il attend que le sommeil soit obtenu par cet artifice, une heure lui a suffi en général. Il procède alors aux inhalations du chloroforme, se servant pour cela d'un cornet analogue à celui des hôpitaux de la marine, avec cette différence que ce cornet n'a pas

de diaphragme et qu'il est tapissé sur sa face interne d'un molleton. C'est un appareil à air libre en un mot.

Le précédent procédé a été appliqué deux fois par son inventeur. Une première fois sur une petite fille de quatre ans, dans le but d'explorer les voies urinaires de cette enfant, dont la miction était difficile et douloureuse. A sept heures du matin on lui avait donné 2 grammes de chloral; à huit heures elle était dans le sommeil. 2 grammes de chloroforme amenèrent l'anesthésie, et il ne fallut qu'un surcroît de 4 autres grammes pour obtenir une insensibilité suffisante pendant toutes les manœuvres d'exploration. L'enfant ne se réveilla qu'à une heure de l'après-midi.

Le second sujet a vingt et un ans; il est très-vigoureux; il vient d'avoir un abcès de la région anale qui s'est ouvert dans le rectum, mais il reste encore une collection à la fesse. Il prend à quatre heures du soir 5 grammes de chloral; il est dans le sommeil à cinq heures. Alors on lui fait respirer les vapeurs de 5 grammes de chloroforme versés dans le cornet; il est anesthésié, et le chirurgien ouvre largement cette collection de la fesse, sans lutte de la part du patient, qui quelques jours auparavant avait montré la plus grande résistance à l'anesthésie selon le procédé ordinaire.

Je ne vous donne que la substance de ces deux observations du travail de M. Forné, et j'appelle votre attention sur la faible quantité de chloroforme qu'il a fallu employer pour obtenir l'anesthésie, il est vrai que les opérations pratiquées ont été de minime importance, et il eût fallu sans nul doute élever la dose s'il eût été besoin d'un temps plus long. Il est aussi à remarquer que le sommeil s'est prolongé assez longtemps après l'anesthésie, quatre heures dans le premier cas, trois heures dans le second.

Suffisants pour établir le mérite du procédé, ces deux exemples sont en eux-mêmes trop minimes pour autoriser un rapprochement avec la méthode ordinaire. Aussi ne puis-je qu'apporter la plus grande réserve sur le jugement à formuler à l'égard de la conclusion émise par M. Forné. » Les inhalations de chloroforme cessent d'être dangereuses lorsqu'elles sont administrées pendant le sommeil chloralique, au moyen d'un appareil à air libre permettant le dosage de l'agent anesthésique. » Cependant il faut rendre justice à M. Forné de n'avoir pas fait reposer cette conclusion, uniquement sur l'autorité de ces deux faits. Des considérations d'un autre ordre l'ont conduit à penser qu'il doit en être toujours ainsi : déjà, dans les préliminaires de son travail, il pose nettement la question : « Est-il possible, dit-il, de supprimer les dangers inhérents aux inhalations de vapeurs anes-

thésiques selon la méthode ordinaire? » C'est là évidemment le point culminant du problème des anesthésiques, et je vous demande la permission de traduire à ma manière l'impression que j'en ai, sans entrer dans les détails de classification des procédés ansthésiques que contient ce mémoire. Les dangers de l'emploi des anesthésiques varient dans l'état de veille ou dans l'état de sommeil des sujets.

Pendant la veille il y a à surmonter leur résistance ; il y a à vaincre l'émotion, la peur même qui est souvent très-grande. De là deux sortes d'inconvénients qui peuvent conduire à de véritables dangers. D'un côté, pour arriver au-delà de la période d'excitation, il faut donner une quantité de chloroforme d'autant plus grande que cette période est plus longue; on expose alors les malades à un empoisonnement véritable. D'un autre côté, la crainte, la frayeur, chez des sujets pusillanimes, et ils sont très-nombreux, suffit pour rendre compte de ces cas où la mort a été rapide après l'absorption d'une petite quantité de chloroforme. Il y a, dit M. Forné, une sidération nerveuse qui ne peut s'expliquer que par le trouble profond dans lequel sont mis les malades devant la perspective de l'anesthésie, de ses suites, et de l'opération qu'ils doivent supporter. Ce n'est pas ici le moment de chercher ce qu'il peut y avoir de critiquable dans ces théories. Un fait est vrai à mes yeux : une dose considérable de chloroforme peut avoir des suites très-fâcheuses, sans amener toutefois l'accident qu'on redoute pendant l'opération, en laissant les malades dans un état d'abattement dont on a beaucoup de peine à les relever, lorsqu'on y parvient. Est-ce de l'empoisonnement, est-ce autre chose? Toujours est-il que le pouvoir excito-moteur, considérablement affaibli par le chloroforme et par le traumatisme opératoire, ne reprend pas le dessus, et les malades succombent dans les jours et quelquefois dans les heures qui suivent l'opération. On ne saurait méconnaître non plus l'influence qu'une émotion trop grande peut avoir sur l'action rapide du chloroforme.

C'est pour cela qu'en plaçant les malades dans un sommeil préparatoire, on trouve réunies des conditions bien autrement supérieures. On anhibile, en effet, la résistance des sujets, on évite l'influence de la peur, on surprend l'économie en la faisant passer du sommeil, que l'on peut considérer déjà comme un premier degré d'anesthésie, à une insensibilité complète.

Telle est, messieurs, la pensée qui a guidé les expérimentateurs du procédé anesthésique dit en deux temps, qui se sert, en les associant, des narcotiques et des anesthésiques. Il n'appartient qu'aux

faits de décider la place qu'il doit prendre désormais dans le cadre des procédés anesthésiques actuels.

DISCUSSION

Chloral et chloroforme. — M. DOLBEAU. Je regrette que M. Lannelongue n'ait pas écrit son rapport, si consciencieusement fait, et j'espère que M. le secrétaire aura pu le reproduire dans son intégrité. Depuis quelque temps déjà j'ai été frappé du danger qu'il pouvait y avoir à chloroformer des malades sous l'influence du chloral, et je demande à citer, à l'appui de cette opinion, deux faits qui m'ont paru assez caractéristiques :

Une dame de ma clientèle, souffrant d'une fissure à l'anus, se décida à la dilatation brusque du sphincter anal. Comme, en dehors du moment de la défécation elle avait, d'une manière presque continue, des crises extrêmement douloureuses, elle prenait habituellement du sirop de chloral. Quand je me présentai pour l'opérer, elle dormait; on ne put la réveiller qu'à demi ; je la chloroformai dans cet état, et, je dois le dire, à l'aide d'une très-faible dose de chloroforme. La dilatation une fois faite, j'eus beaucoup de peine à la réveiller, et je puis affirmer que son état était bien fait pour inspirer des craintes ; elle prouonçait quelques paroles, puis se rendormait, et, bien que la température fût très-élevée, se refroidissait progressivement.

Quelque hâte que j'eusse de partir, pressé que j'étais par un rendez-vous, je fus contraint de rester plus d'une heure près d'elle. Cette dame finit enfin par se remettre, et il n'en résulta rien de fâcheux.

L'an dernier, j'eus l'occasion de faire, sur un général de l'armée anglaise revenant des Indes, la résection du maxillaire inférieur. Je le chloroformai facilement. Après l'opération, le réveil fut facile; mais je remarquai pourtant, chez mon opéré, une singulière tendance à se rendormir et à se refroidir.

Je restai deux heures près de lui, et, quand je fus contraint de le quitter, mes inquiétudes étaient loin d'être dissipées. Je laissai près de lui un de mes aides, docteur en médecine, fort habitué au maniement du chloroforme. Deux heures plus tard le malade, que je revis alors, était encore dans un état de mort probable, et ce n'est que le lendemain qu'une amélioration notable se déclara. J'appris alors que mon malade avait pris, avant l'opération, 10 grammes de chloral, et ma conviction commença à s'établir sur ce point qu'il est dangereux de chloroformer un malade qui a pris de l'hydrate de chloral.

J'ai vu l'été dernier, dans le Calvados, un malade atteint d'une affection du rectum fort douloureuse ; ce qui me frappa chez lui, ce fut une tendance considérable au refroidissement. Comme je conseillais le chloral à son médecin dans le but de le soulager, j'appris qu'il en avait pris 14 grammes la nuit précédente. Ce malade, par parenthèse, succomba dans la nuit qui suivit ma visite.

Il est donc nécessaire, avant de chloroformer les gens, de s'informer s'ils ont pris du chloral. Je constate, d'ailleurs, que, dans les cas que j'ai pu observer, la dose de chloroforme, après l'administration du chloral, a été extrêmement minime ; et c'est un phénomène que j'ai déjà observé quand je me suis occupé de la question médico-légale, de savoir s'il est possible de faire succéder le sommeil anesthésique au sommeil naturel. Comme je l'ai démontré, cette manœuvre est possible grâce à certaines précautions ; et dans ce cas également il faut très-peu de chloroforme pour obtenir l'anesthésie.

M. TRÉLAT. Je vois bien, dans le travail de M. Forné, une certaine ingéniosité et un aperçu théorique très-intéressant, mais je constate que ce travail repose sur deux observations ; or l'anesthésie chloroformique présente différents degrés. C'est ainsi que nous avons, en premier rang, l'anesthésie complète avec résolution musculaire ; nous avons ensuite peut-être vingt degrés différents que l'on peut utiliser suivant les cas. C'est ainsi que les coliques hépatiques ou néphrétiques se calment avec très-peu de chloroforme. Or, dans les deux cas cités par M. Forné, il s'agit d'une exploration vésicale chez un enfant de cinq ans, et d'une incision d'un abcès de l'anus. Ce sont des opérations courtes et peu douloureuses.

Il faudrait, pour juger la méthode, de longues opérations comportant une succession et pour ainsi dire un état de douleurs. Aussi, dans ce travail, la partie théorique me paraît-elle finement traitée ; mais je ne puis m'empêcher de trouver la partie relative aux observations un peu légère, le tout sans préjudice des dangers que notre collègue M. Dolbeau a signalés.

M. GUYON. J'ai eu la même impression que M. Dolbeau au sujet d'un malade que j'opérai de la taille une après-midi. Il avait pris la nuit précédente 3 ou 4 grammes de chloral, et il était parfaitement réveillé quand le chloroforme lui fut administré. Quatre heures après je constatai, chez ce malade, l'état que M. Dolbeau nous signalait ; et bien que j'aie été alors tenté de l'attribuer à une légère hémorrhagie, je demeure convaincu que ce malaise a été dû au mélange du

chloral et du chloroforme, et que l'association de ces deux agents peut avoir de graves dangers.

M. TRÉLAT. Je rappelle à la société que ce phénomène de sommeil prolongé a été observé à la suite des injections de chloral dans les veines.

M. DEMARQUAY. Le sujet dont il s'agit m'a beaucoup occupé, et j'ai fait quelques expériences sur les animaux, sur lesquels j'ai constaté une grande tendance au refroidissement. La réfrigération peut, du reste, être déterminée par le chloroforme seul, et je me rappelle avoir vu chez Lenoir une anémique qui, sans hypnotique pris avant le chloroforme, fut prise d'accidents de refroidissement qu'il fut très-difficile de vaincre.

Il y a peu de jours j'ai observé, chez une dame que j'avais chloroformée pour l'ablation d'une petite tumeur du sein, une syncope complète ; et en dépit des frictions, insufflations, etc., j'eus beaucoup de peine à la faire revenir à elle. Que sera-ce donc quand on emploiera simultanément les deux agents. Notons en passant qu'on n'a plus aucune action sur le chloral une fois administré, si l'on a affaire à des accidents tels que la syncope, une hémorrhagie secondaire, etc. Aussi, considérant le chloroforme comme déjà suffisamment redoutable, je me révolte contre l'association de cet agent anesthésique avec le chloral.

M. SÉE. Je tiens à relever deux affirmations dans le travail de M. Forné. La première est la suivante : Le danger dans l'administration du chloroforme est en rapport avec la dose employée. Cela n'est pas soutenable ; témoin les morts subites aux premières inspirations, et, d'autre part, l'anesthésie prolongée durant les accouchements.

La seconde est ainsi formulée : Les sujets qui s'insurgent et se débattent contre l'action du chloroforme courent de plus grands dangers que les sujets dociles et résignés. J'ai eu occasion de remarquer souvent, chez les enfants, que ce sont ceux qui se révoltent le plus qui sont les plus facilement anesthésiés, en raison même des inspirations énormes auxquelles ils se livrent.

M. PERRIN. Je tiens à ajouter quelques observations destinées à atténuer quelque peu les teintes si sombres du tableau que l'on vient de retracer. L'été dernier, j'avais à soigner un officier extrêmement nerveux et atteint d'un rétrécissement uréthral justiciable de l'uréthrotomie ; j'avais plusieurs fois déjà tenté à plusieurs reprises de le chloroformer. Son agitation avait été telle, de véritables crises hystériformes si intenses s'étaient manifestées que j'avais dû y renoncer. Je

lui administrai, une heure avant la visite, 3 grammes de chloral. A onze heures, il dormait d'un profond sommeil. Je lui administrai alors du chloroforme sans difficulté ; je l'opérai, et le réveil se fit dans les conditions normales. Voilà un fait qui se rapproche beaucoup de ceux que cite notre confrère M. Forné, et qui diffère absolument de ceux de MM. Dolbeau et Guyon. Il est certain que chez cet homme, d'un nervosisme rare, la sédation a été absolue; aussi suis-je convaincu qu'en dominant le système excito-moteur, il y aura moins de dangers à administrer le chloroforme. La prétendue sidération nerveuse n'est qu'un mot, et l'on peut parfaitement constater chez les animaux que le cœur reste sourd à toute excitation périphérique quand l'animal est profondément endormi. Il n'y a pas, à proprement parler, d'empoisonnement chez l'homme par le chloroforme ; il y a des accidents dus au système excito-moteur.

Je crois, comme M. Sée, qu'il faut aller jusqu'à la tolérance anesthésique complète, et je m'étonne qu'on propose, suivant les différents cas, un quart, une moitié, un vingtième de chloroformisation. C'est là une très-mauvaise pratique, et la plupart des accidents survenus pendant la chloroformisation ont été observés à propos d'opérations peu importantes pendant que l'anesthésie était incomplète, et alors que le chloroforme était administré par des mains timides et inexpérimentées.

Je me résumé : Bien que, dans le système proposé par M. Forné, il y ait une ingénieuse application physiologique, je ne le conseillerais pas d'une manière générale, considérant que le chloroforme seul nous donne le plus souvent satisfaction ; mais je les réserverais pour les cas de nervosisme extrême, où la chloroformisation est très-laborieuse et parfois impossible.

M. ROCHARD. Je plaiderai les circonstances atténuantes en faveur de M. Forné. On lui a reproché d'édifier son travail sur deux observations d'opération de peu d'importance. On sait que MM. Bernard, Sarrazin et Poncet, associant deux agents toxiques tels que l'opium et le chloroforme, ont observé sur leurs sujets une sidération et une réfrigération alarmantes. On n'a pas que des opérations graves et longues à tenter. De petites opérations, des explorations analogues à celles que cite M. Forné prêtent beaucoup mieux à l'expérimentation.

C'est ainsi que M. Guibert (de Saint-Brieuc), est parvenu, en associant les injections morphinées à de faibles doses de chloroforme, à rendre presque indolents les accouchements laborieux. Pour ma part, je ne crains pas le chloroforme, et je ne tiens pas absolument au

chloral ; mais je ne comprends pas qu'on fasse des expérimentations analogues à celles de notre confrère dans des cas graves où l'anesthésie devra être profonde et prolongée. C'est dans ce sens que je suis loin de lui reprocher le peu d'importance et la pénurie des cas sur lesquels il établit son travail.

M. LANNELONGUE. Je répondrai au premier reproche qui m'a été très-gracieusement fait : je n'ai pas fait de rapport écrit parce que j'avais été chargé d'un rapport oral ; cela dit, je suis absolument de l'avis de M. Rochard. Je remercie M. Dolbeau d'avoir attiré l'attention sur les dangers de l'association du chloral et du chloroforme. L'action du chloral est souvent différente suivant les sujets, surtout relativement à la rapidité de son action ; on peut lui reprocher également une tendance constante au ralentissement des battements du cœur et à la coagulation du sang. Que dans ces conditions on administre le chloroforme, on augmente encore ces propriétés.

Du reste, tout en considérant comme peut-être plus difficile à manier l'action synergique du chloral et du chloroforme, je rappellerai que le chloroforme seul a souvent une action très-prolongée sur les malades anesthésiés qui, dans ce cas, ne se remontent pas, mais s'éteignent pour ainsi dire ; il est évident que, dans ces cas, le chloroforme a les effets délétères d'un poison lentement absorbé. Doit-on, dans le même ordre d'idées, sidérer absolument les malades même pour les petites opérations, ou faut-il, comme l'a proposé M. Trélat, endormir à moitié ou au quart ; il est à peine besoin, je crois, d'insister beaucoup sur cette pratique ; tous les chirurgiens sans exception la suivent, pour ainsi dire, d'instinct. Quel que soit le résultat de cette discussion, je crois que nous devons savoir gré à M. Forné de son travail, ne fût-ce que pour avoir été l'occasion des communications dont il a été l'objet.

M. LARREY. J'ai été frappé de la communication de M. Dolbeau, relativement à la facilité déplorable avec laquelle les malades se procuraient du chloral. La Société de chirurgie pourrait, se fondant sur les observations citées, faire une demande relative à la prohibition de la vente de cet agent toxique, et s'il était nécessaire que l'Académie de médecine fît une motion dans ce sens, je suis convaincu que tous les membres de la société faisant partie de l'Académie l'appuieraient, et je m'engagerais moi-même à en faire la proposition formelle.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que cette démarche est bien plus du ressort de l'Académie de médecine que de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

M. DOLBEAU. Je pense que la société entendra avec intérêt quelques détails relatifs à un enfant qui lui a été présenté par M. Blot et qui était affecté d'un développement monstrueux congénital de la lèvre supérieure, laquelle avait la forme d'un véritable grouin.



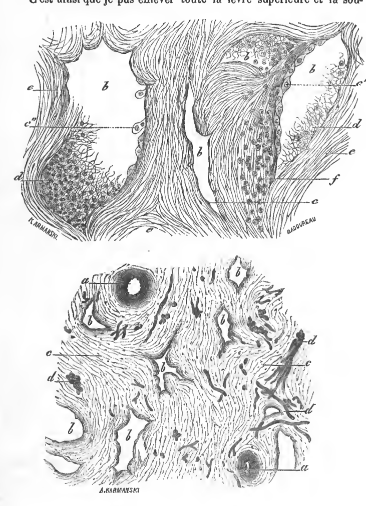
Vous vous le rappelez, les avis furent partagés. Le mien fut qu'il fallait opérer, et, grâce à l'obligeance de M. Blot, j'ai pu pratiquer cette opération. J'ai dédoublé pour ainsi dire la lèvre supérieure, séparant la muqueuse et la peau du produit pathologique, ou au moins cherchant à obtenir le résultat. Après l'opération la lèvre avait à peu



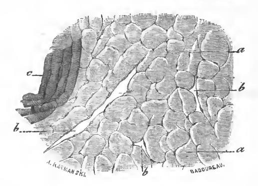
près repris ses proportions normales; et, chose bien curieuse, cette tumeur paraissait plutôt exsangue que trop vasculaire, et je n'ai pas même eu à lier les artères coronaires labiales supérieures. L'enfant a

guéri ; mais un an après, il succombait à une méningite tuberculeuse. Ici, messieurs, se place un incident réellement touchant et bien rare. La mère de cet enfant m'écrivit pour m'apprendre que son enfant était mort et pour me dire qu'elle mettait le cadavre à ma disposition si je pensais que la science eût quelque chose à gaguer à son cxamen.

C'est ainsi que je pus enlever toute la lèvre supérieure et la sou-



mettre à un examen attentif. Cette tumeur n'était autre chose qu'une hypertrophie des éléments fibreux de la lèvre, tenant à l'irritation du tissu normal. Elle ne contenait point de vaisseaux anormaux, mais un habile micrographe, M. Grancher, y avait trouvé dix lacunes



lymphatiques absolument gigantesques, cinquante à soixante fois plus grandes qu'à l'état normal. Je croyais avoir laissé après mon opération un nombre considérable de ces éléments; aussi quand je portai à M. Grancher la lèvre supérieure que j'avais enlevée, l'interrogeai-je à ce sujet. Il a constaté l'absence de tout élément accidentel. Le tissu musculaire était quelque peu atrophié, et le tissu fibreux recélait bien des lacunes lymphatiques, mais absolument normales. Cet enfant était donc guéri, et la récidive n'était plus à craindre, et je ne puis mieux terminer que par la définition de M. Grancher. Cette affection consistait en une angioleucite chroniquə avec hypertrophie de l'élément fibreux.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je demanderai à M. Dolbeau quel était l'état des glandes de la peau.

M. DOLBEAU. Les glandes étaient agrandies; le système pileux était également très-développé.

M. DESPRÈS. J'avais considéré cette tumeur comme un fibrome consécutif à un hématome. Je crois que vu la dilatation des lymphatiques et des glandes, on peut la classer dans les éléphantiasis de Virchow.

M. BLOT. Je ferai observer qu'il n'y avait pas de tumeur proprement dite. La lèvre était hypertrophiée dans tous ses éléments,

j'appellerais donc cette affection nou pas un éléphantiasis ; mais bien une hypertrophie congénitale de la lèvre.

M. TERRIER. J'appuie l'opinion émise par M. Desprès. Cette tumeur a la plus graude analogie avec celles que Virchow a décrites, et que les recherches de M. Renaud, au Collége de France, sur les lacunes lymphatiques doivent également faire ranger dans les éléphantiasis.

M. DOLBEAU. J'insiste sur ce fait que les éléments musculaire, vasculaire et nerveux étaient plutôt atrophiés qu'hypertrophiés.

M. OBÉDÉNARE (de Bucharest) fait une lecture sur le testicule syphilitique de la première enfance.

COMMISSION POUR L'EXAMEN DES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES VACANTES DE MEMBRES CORRESPONDANTS.

MM. Verneuil, Trélat, Larrey, Blot, Marjolin.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine.

2° Une lettre de M. le docteur Labordette, sur l'emploi de son spéculum dans les cas de mort imminente par le chloroforme.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présénte, de la part de M. le docteur Bédoin, médecin aide-major à l'hôpital de Versailles, une note manuscrite intitulée : *Brancard et voiture d'ambulance.*

M. DESPRÈS offre, de la part de M. le docteur Monteils (de Mende), membre correspondant, l'observation suivante :

Polype utérin; extraction par le forceps de la cavité vaginale et ablation par section du pédicule à sa sortie de la vulve avec l'écraseur linéaire. — Christine M..., mariée, multipare, entre à l'hôpital de Mende le 10 novembre courant.

Cette femme, de constitution bonne, de tempérament nervoso-sanguin, au teint pâle, anémique, a eu deux enfants, qu'elle n'a pu nourrir. Le dernier accouchement date de deux mois et demi. Depuis cette époque, la perte menstruelle, tout en étant régulière, a augmenté de durée et d'abondance. Elle se prolonge pendant quinze jours et fait place à des flueurs blanches.

A trois mois d'intervalle, treize hémorrhagies utérines sont survenues si abondantes qu'à chaque fois la situation de la malade a été jugée désespérée. Les rapports conjugaux, pénibles il y a un an, sont depuis quatre mois devenus impossibles par suite d'un obstacle insurmontable à l'intérieur du vagin.

La malade, ayant été prise de rétention d'urine, demande un médecin, lequel, après l'avoir sondée, l'engage à se rendre à l'hôpital de Mende.

A son entrée, elle est dans l'état suivant : pâleur extrême de la face, lèvres décolorées, pouls fréquent, insensible; affaiblissement complet des forces; inappétence absolue; absence des selles depuis dix-huit jours; rétention d'urine exigeant continuellement l'emploi de la sonde. La sonde d'homme est la seule qui puisse pénétrer, et à l'aide encore d'un procédé particulier. On doit, aussitôt son entrée dans le méat, porter le pavillon en arrière et pousser comme si l'on voulait faire décrire à l'instrument une courbe à convexité antérieure.

Le doigt, introduit dans le vagin, vient heurter contre un corps arrondi, immobile, comme enclavé, à surface lisse, à résistance élastique, accessible au doigt dans son segment inférieur, mais dont il est impossible de reconnaître et d'apprécier les relations supérieures.

Par le rectum, on constate en avant l'existence d'une tumeur arrondie, en dehors de ce canal, mais qui obstrue les trois quarts de son calibre.

A l'aide du spéculum de Marion Sims, introduit péniblement et en longeant lentement la concavité du sacrum, on découvre, forte-

ment accolée au détroit inférieur, une tumeur peu sensible au toucher, de couleur blanche cartilagineuse, à surface unie, parcourue par quelques vaisseaux veineux.

L'examen par l'hypogastre de l'état des organes contenus dans le petit bassin n'indique rien d'anormal dans cette région. Le doigt, introduit dans le rectum pour soulever en haut et en avant la tumeur et l'amener à la rencontre de la main gauche placée au-dessus du pubis, ne transmet qu'une sensation très-vague de la présence de la matrice. On peut dès lors supposer que la tumeur ne s'est pas développée dans l'intérieur de cet organe ou de ses annexes.

Quelle est donc la nature et le siége de cette tumeur?

Si, d'une part, pour donner des craintes, on remarque que la mère de la malade est morte, à l'âge de cinquante-trois ans, d'une affection mal caractérisée, mais qui siégeait à l'estomac et entraînait, au bout d'un an, une hydropisie mortelle, l'idée d'un squirrhe à l'estomac, chez la mère, appelle naturellement celle d'une tumeur squirrheuse à la matrice chez la fille. Mais on se rassura, d'autre part, en constatant la régularité de la menstruation, malgré son abondance; l'absence de douleurs lancinantes dans la tumeur; son développement progressif sans ulcérations ni adhérences au vagin; sa rénitence, sa couleur blanchâtre, sa surface unie et les rares vaisseaux qui la sillonnent; le teint de la malade est pâle, mais n'a rien de cachectique; tout porte à diagnostiquer, dans cette tumeur, un polype fibreux de fortes dimensions, dont il faut se hâter de pratiquer promptement l'extirpation.

L'émission des urines et des selles n'ayant lieu qu'artificiellement, les forces générales baissant chaque jour, l'anémie profonde de la malade pouvant devenir mortelle s'il survenait une nouvelle hémorrhagie, je prends l'avis de mon collègue M. le docteur Barbet, et avec son concours je procède, le 19 du courant, à l'opération.

La malade, la vessie et le rectum préalablement vidés, est couchée sur le dos comme dans les accouchements laborieux. Loin d'attirer au dehors la tumeur en y implantant des érignes impossibles à accrocher assez haut, et par suite, de déchirer inutilement son tissu, je la saisis entre les branches du forceps.

Tandis que mon honorable collègue, pressant sur le bas ventre, pousse dans le petit bassin la matrice, j'amène, par des pressions méthodiques et des mouvements de latéralité, le corps étranger au dehors de la vulve, en lui faisant décrire, comme dans l'accouchement par le sommet, une courbe à concavité supérieure dont la symphyse pubienne était le centre.

Abandonnant aussitôt le forceps, je jette sur le pédicule de la tumeur, maintenue dans l'intervalle de l'index et du médius de la main gauche, l'anse de l'écraseur métallique courbe. J'amène rapidement la tige au contact du pédicule et en commence la section par des mouvements de pression répétés d'abord de quart en quart de minute, puis de demi-minute, et enfin de minute dans les derniers temps de la section. Au bout de cinq minutes, la tumeur était entièrement détachée.

En cas d'hémorrhagie, je pousse immédiatement deux injections d'eau froide dans le vagin. Aucune perte de sang ne se produisant, j'introduis un spéculum et constate que le col utérin est largement ouvert et occupé par une masse centrale dont l'aspect noirâtre tranche avec la couleur rosée, la surface unie de ses lèvres. Je touche, par précaution, cette masse avec un tampon imbibé de perchlorure de fer et fais porter la malade dans son lit.

Aucune hémorrhagie ne s'est produite ni pendant ni après l'opération. Aucune réaction fébrile n'a eu lieu.

Depuis quatre jours qu'a eu lieu l'opération, la malade n'a éprouvé aucun malaise, ni mouvement fébrile. Elle a repris de l'appétit et digère parfaitement.

La tumeur est de forme aplatie lobulée, d'une circonférence de 35 centimètres, d'un diamètre de 13 centimètres. La surface est blanchâtre, d'aspect lardacé ; la couleur de sa face inférieure a changé après la section et est devenue violacée.

Le pédicule inséré sur le tiers gauche de la tumeur offre une surface de section longue de 4 centimètres, large de 2 centimètres, et comme exclusivement constituée par des granulations blanchâtres.

M. DESPRÈS. L'examen microscopique de cette pièce démontre qu'il s'agit d'un fibromyome pur, sans transformation.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. TRÉLAT. Je demande la parole à propos du procès-verbal : je me suis évidemment mal fait comprendre, et je demande à reproduire ici ma pensée. On sait qu'il existe des degrés divers dans l'anesthésie, on sait que certaines opérations douloureuses peuvent être tentées à ces divers degrés de l'anesthésie, et il ne faudrait pas arguer des faits cités par M. Forné que l'anesthésie complète était ainsi obtenue.

M. DESPRÈS. Je me range absolument à l'avis de M. Trélat. On

sait en effet, qu'un certain nombre de malades crient pendant l'opération bien que chloroformisés et déclarent au réveil n'avoir rien senti.

M. PERRIN. Si les expressions de quart, de moitié, de vingtième de chloroformisation ne représentent pas l'idée émise par M. Trélat, je les retire, et je propose de leur substituer les épithètes de complète et d'incomplète. Cela dit, j'insiste sur ce que j'ai formulé dans la dernière séance, je déclare m'opposer de la manière la plus formelle à l'anesthésie incomplète, même pour les petites opérations.

M. BLOT. J'estime qu'on s'éloigne de la vérité en classant sous les titres de complète, moyenne et incomplète l'anesthésie obtenue par le chloroforme. Tout cela varie avec les sujets, et je me souviens d'avoir vu dans le service de Velpeau un malade qui, après avoir crié durant toute l'opération, déclara avoir rêvé qu'on lui volait son cheval.

M. TRÉLAT. Qu'il me soit permis d'énoncer la proposition suivante : Il n'y a qu'un degré de chloroformisation absolu et total avec résolution musculaire et ralentissement du pouls.

Ce que je ne puis comprendre, c'est que, quelle que soit l'opération à faire, on cherche à atteindre quand même la résolution musculaire: au nom de la pratique chirurgicale je ne puis admettre cette manière de faire.

M. PERRIN. Je soutiens mon dire et je m'appuie sur des faits probants. Sans pousser l'anesthésie jusqu'au collapsus, je cherche toujours à obtenir la tolérance anesthésique caractérisée par le ralentissement du pouls, la résolution musculaire et la régularité de la respiration.

M. FORGET. Je demande à M. Perrin s'il est de toute nécessité d'obtenir le degré d'anesthésie voulu par lui pour faire des opérations si légères qu'elles puissent être.

M. PERRIN. Je suis complétement de cet avis, considérant que le véritable danger réside dans l'anesthésie incomplète.

M. LABBÉ. M. Forget demande s'il est possible de faire, sur un malade qui n'est pas arrivé à l'état de la tolérance anesthésique, une opération sans que la sensibilité soit éveillée. Je répondrai par la négative ; et je m'appuierai sur les travaux de M. Budin, qui a signalé comme un caractère de la non-sensibilité la contraction de la pupille succédant à la dilatation. C'est ainsi que, dans les cas d'ovariotomie, par exemple, on peut suivre les degrés de l'anesthésie par l'examen de la pupille.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la société la présence de M. Notta.

LECTURE

M. MOLLIÈRE lit un mémoire sur la suture des tendons. (Commission : MM. Duplay, Dubrueil, Duplay.)

M. NOTTA (de Lisieux) lit la note suivante :

Luxation ichio-pubienne ou ovalaire datant de six semaines chez un homme de trente ans. Réduction par un procédé mixte. — Cet homme s'est luxé la cuisse en tombant pendant qu'il luttait avec un camarade.

Comme symptômes, nous constatons : aplatissement de la fesse, pli de la fesse plus bas que du côté opposé, allongement du membre, flexion de la cuisse sur le bassin.

Le malade est couché sur le côté droit, qui est sain ; le bassin est fortement fixé contre le mur avec une alèze. La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin, et, le blessé étant endormi avec le chloroforme, on exerce à plusieurs reprises des tractions à l'aide des moufles, et l'on fait combiner le moment où l'on cesse la traction avec des mouvements de rotation. Les tractions sont portées jusqu'à 300 kilogrammes.

Ces manœuvres sont répétées à plusieurs reprises sans aucun succès. Alors, plaçant le malade sur le dos, j'emploie la méthode de M. Desprès ou de M. Maisonneuve, citée par Pouteau, c'est-à-dire flexion de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin, puis mouvement de rotation en dehors en ramenant le membre dans l'adduction. La tête du fémur contourne la cavité cotyloïde et vient se placer en haut et en dehors au sommet de l'échancrure sciatique. En imprimant des mouvements divers au membre, je reproduis la luxation ovalaire, et cela à deux reprises différentes. A la troisième, après avoir reproduit la luxation ilio-ischiatique par le procédé de Desprès, je retourne le malade sur le côté droit, je le fixe contre le mur comme la première fois, et, opérant avec les moufles des tractions sur la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin, je réduis très-facilement la luxation.

J'ai revu depuis cet homme : il est bien guéri, il ne boite pas et a repris ses occupations de domestique dans une ferme.

M. SURMAY lit un travail contenant la relation de plusieurs opérations intéressantes. (Commission : MM. Lannelongue, Polaillon, Guérin.

COMMUNICATION

M. DESPRÈS. J'ai observé à l'hôpital Saint-Antoine, en 1865, une luxation de la cuisse ovalaire. Je l'ai réduite avec la plus grande facilité. Le malade a été endormi jusqu'à *résolution complète.* Je me suis borné à faire l'extension et la contre-extension sur le membre étendu et à attirer la cuisse en dehors en le soulevant avec le bras. La réduction a été très-rapide, la luxation était d'ailleurs récente. Le fait est publié. (*Gaz. des Hôp.*, 1865, p. 222.)

En 1863, à l'Hôtel-Dieu, j'assistai notre collègue M. Dolbeau, qui tentait la réduction d'une luxation ilio-ischiatique ou ovalaire datant d'un mois. Le chloroforme et les moufles étaient employés. Plusieurs fois on crut avoir réduit, et le chirurgien constata que la tête fémorale avait changé de place. Une fois la luxation a été transformée en une luxation ilio-pubienne; enfin, après que le malade a été endormi jusqu'à résolution complète, la luxation a été réduite par le procédé de Desprès.

Certainement, pendant que la luxation se transformait en variétés différentes, pendant que la tête fémorale contournait la cavité cotyloïde, il y a eu des déchirures de la capsule qui ont facilité la réduction.

Ce fait, entièrement semblable à celui dont parle M. Notta, a été publié. (*Gaz. des Hôp.*, 1863. p. 425.)

M. LANNELONGUE. Je me souviens qu'en 1867, étant interne de M. Broca, je reçus un malade atteint d'une luxation ovalaire. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, M. Broca ne vint pas. Craignant qu'il ne devînt dangereux d'attendre plus longtemps, je tentai la réduction; je convertis successivement cette luxation en ilio-ischiatique, en ilio-pubienne, et je reproduisis enfin l'ovalaire : je m'arrêtai. Le lendemain, M. Broca, à qui je racontai le fait, eût d'abord des doutes sur mon assertion; mais il obtint bientôt le même résultat dans les tentatives qu'il fit et ne réussit à réduire qu'en combinant les tractions avec une flexion considérable sur le tronc, tout le membre inférieur étant étendu.

M. NOTTA dépose de plus sur le bureau le résumé des opérations de cataracte pratiquées par son procédé :

Dans la séance du 29 janvier 1873, j'ai eu l'honneur de vous soumettre les résultats que j'avais obtenus dans l'opération de la cata-

racte par l'extraction linéaire sans excision de l'iris. Quoique cette opération m'eût donné une série de succès, elle souleva dans le sein de la société de nombreuses objections, et, j'ai le regret de le dire, plus d'une fois les faits furent interprétés d'une façon plus favorable à la critique que conforme à la réalité, et il est facile de s'en convaincre par la lecture attentive des observations publiées dans l'*Union médicale* (février 1873). Notre série, ne comprenant que dix cas, n'était pas suffisante pour juger définitivement de cette opération.

Encouragé par l'appui de M. Giraud-Teulon, qui, en même temps que moi, avait eu recours à ce procédé, soutenu par l'exemple de M. Th. Anger, j'ai continué à demander aux faits rigoureusement observés la meilleure réponse que l'on pût faire aux critiques dont l'extraction linéaire avait été l'objet. C'est le résumé de ces faits que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, et je vous demanderai la permission d'entrer à ce sujet dans quelques détails, car ce n'est pas tant le résultat brut d'une série d'opérés qui permet de bien apprécier la valeur du procédé employé que la manière dont se comporte le travail de cicatrisation, et surtout le résultat définitif. On peut avoir affaire à des séries plus ou moins heureuses, à des malades plus ou moins intelligents, plus ou moins dociles, et il faut avoir soin de distinguer ce qui est du fait du malade lui-même et ce qui est du fait du procédé.

Depuis le mois d'avril 1873, nous avons opéré seize malades, nous n'avons jamais opéré qu'un œil à la fois, et nous avions soin de choisir, quand les deux yeux étaient pris, ce qui était le cas le plus général, celui dont la cataracte était la plus ancienne, pourvu que l'œil eût conservé la sensibilité à la lumière. Ainsi la cataracte datait :

De 8 ans	1 fois.
De 7 ans	1 fois.
De 5 ans	2 fois.
De 3 à 4 ans	5 fois.
De 18 mois à 1 an	4 fois.
De 6 mois	1 fois.
Sans indication	2 fois.
Total	16 cas.

Dans les cataractes anciennes les couches corticales du cristallin, lui adhérant plus intimement, sont expulsées plus facilement, et, on a ainsi plus de chances pour obtenir une plus grande netteté de la pupille.

Dans tous les cas, la section de la cornée a été pratiquée d'une façon satisfaisante avec le couteau de de Graefe.

La sortie du cristallin s'est effectuée très-facilement par la plaie cornéenne quinze fois.

Une fois l'humeur vitrée s'échappant par l'ouverture de la cornée et l'œil menaçant de se vider, j'ai dû avec la curette, aller pêcher rapidement le cristallin dans l'œil, et je l'ai ramené avec son enveloppe.

Trois fois il a fallu introduire la curette pour faire sortir des débris des couches corticales qui étaient restés dans le champ pupillaire.

Une fois l'expulsion du cristallin entouré de sa capsule s'est accompagnée de la sortie d'un peu d'humeur vitrée.

Une fois, on ne pouvait pas distinguer dans le champ de la pupille des débris des couches corticales, il y avait seulement une teinte louche qui n'empêchait pas le malade de distinguer les objets. Dans tous les autres cas, la simple pression sur la cornée a suffi pour expulser le cristallin et ses débris et rendre la pupille nette.

Cette analyse me paraît répondre suffisamment au reproche que l'on a adressé au procédé que nous avons employé, de ne laisser sortir la cataracte qu'avec difficulté et de rendre très-difficile le nettoyage de la pupille obstruée par les débris des couches corticales.

On sait qu'après l'opération je me borne à fermer les paupières avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, sans aucun bandage compressif. Dans tous les cas, les bandelettes agglutinatives ont été enlevées :

Au bout de 3 jours révolus.	6 fois.
Au bout de 4 jours révolus.	7 fois.
Au bout de 5 jours révolus.	1 fois.
Au bout de 6 jours révolus.	1 fois.
Pas noté	1 fois.
Total	16 cas.

Dix fois il n'y a eu aucune complication, la guérison de la plaie cornéenne s'est opérée très-rapidement et du cinquième au sixième jour le malade se levait avec des lunettes foncées, neutres, garnies de taffetas.

Une fois, le troisième jour, se déclare une conjonctivite intense avec chémosis, les lèvres de la plaie cornéenne présente un liséré purulent.

Deux fois un érysipèle de la paupière se déclare dès le second jour et se complique d'inflammation intense de la conjonctive. Malgré ces complications ordinairement si graves, ces trois malades ont guéri, et la vue est bonne.

Qu'il me soit ici permis de faire remarquer que, dans des cas analogues avec l'opération à lambeau, j'ai vu presque fatalement survenir la fonte purulente de l'œil.

Trois fois, bien qu'après l'opération, la pupille eût paru très-nette, elle s'est trouvée encombrée, du deuxième au troisième jour, de masses blanchâtres qui empêchaient de distinguer les objets.

Chez un de ces trois malades, il n'y a aucune complication inflammatoire, les masses se sont résorbées peu à peu et la vue est redevenue nette, malgré un réticulum blanchâtre qui se remarque dans le champ pupillaire.

Chez les deux autres opérés, l'apparition de ces masses opaques s'est compliquée d'iritis et de conjonctivite. Un de ces deux malades regardant son œil comme perdu, a immédiatement quitté l'hôpital, et nous ne l'avons plus revu. Je l'ai porté au compte des insuccès; l'autre a continué à recevoir nos soins; les masses blanchâtres se sont résorbées, et bien qu'il ait de l'atrésie de la pupille, il y voit suffisamment pour se conduire seul dans la rue.

Enfin, dans un cas, le malade se frotte l'œil le cinquième jour, désunit les lèvres de la plaie cornéeune et détermine une inflammation des plus intenses, qui se termine par la fonte purulente de l'œil. Il est bien évident que ce dernier malade ne doit pas être compté à l'actif du procédé, pas plus que le dixième malade de ma première série, qui, sorti guéri de l'hôpital, reçoit un coup sur l'œil qui détermine un staphylôme; ce qui n'a pas empêché un de mes critiques d'imputer cet accident au procédé.

Comme résultat définitif sur seize cas, nous avons 2 yeux perdus. Restent donc 14 cas chez lesquels nous trouvons :

Pupille circulaire régulière. . . . , ...	9 cas.
Pupille plus ou moins déformée.	5 —
Champ de la pupille absolument net.	12 —
Présentant à la simple vue un réticulum blanchâtre, qui n'empêche pas la vision.	2 —
Pas de synéchie.	9 —
Synéchie.	5 —
Cicatrice cornéenne à peine visible. , ...	8 —
— plus ou moins marquée.	5 —
— pas indiquée.	1 —

Ce tableau donne une idée exacte de l'état physique de l'œil de nos opérés.

Je ferai remarquer ici, comme je l'avais fait précédemment, le peu d'influence que les synéchies exercent sur l'acuité visuelle; en effet, sur sept nos opérés atteints de synéchie, quatre lisent couramment : un ne sait pas lire, mais voit bien à se conduire et peut vaquer à ses occupations.

J'ai mentionné l'état des cicatrices de la cornée pour être complet, mais je n'y attache qu'une importance secondaire. Cachées par la paupière supérieure et tangentes à la circonférence de la pupille, ne gênent en rien l'exercice de la vision.

En définitive, sur 16 opérés, nous avons 13 succès complets, c'est-à-dire que tous ces malades distinguent les objets les plus petits, lisent quand ils savent lire, et vaquent à leurs occupations; un demi-succès, c'est-à-dire que le malade y voit à se conduire dans la rue; enfin deux insuccès, au nombre desquels figure le malade qui, en se frottant l'œil, a détruit la cicatrice de la cornée.

Ce résultat est très-supérieur à ce que j'avais obtenu jusqu'à ce jour par la méthode de Daviel. Il présenta de grands avantages au point de vue de la rapidité de la guérison, et il résista beaucoup moins aux complications inflammatoires qui sont, en général, si redoutables dans le procédé à lambeau.

La société se forme en comité secret à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

M. VAST, membre correspondant, à Vitry-le-François, offre une brochure intitulée : *Études de pathologie externe.*

MM. les docteurs PAQUELIN et L. JOLLY offrent une brochure intitulée : *Études de biologie.*

M. le docteur E. GALLERAND, médecin en chef de la marine, professeur de médecine opératoire et de clinique externe, à Brest, demande à être compris au nombre des candidats au titre de membre correspondant national. M. Gallerand adresse, à l'appui de sa candidature, un mémoire manuscrit intitulé : *Anévrysme inguinal* et la liste de ses titres scientifiques.

M. le docteur GAILLARD (de Parthenay), candidat au titre de membre correspondant national, adresse à l'appui de sa candidature une observation intitulée : *Blessure artérielle de la main.* (Ces deux travaux sont renvoyés à une commission composée de : MM. Verneuil, Polaillon, Ledentu.)

M. LE FORT offre de la part de M. le docteur Puel (de Figeac), candidat au titre de membre correspondant national, deux observations intitulées : *Observation d'opération de cataracte sénile par le procédé de M. Notta. Tumeur fibro-plastique du bras d'un volume considérable. Extirpation. Guérison.* (Renvoi à la commission des membres correspondants.)

M. LARREY offre à la bibliothèque de la société la *collection entière du journal et du recueil de mémoire de médecine et de chirurgie militaires.*

M. LE PRÉSIDENT se fait auprès de M. Larrey, l'interprète des remercîments de la société.

M. le docteur MIRAULT (d'Angers), membre correspondant, adresse à M. le président sa démission de membre de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

M. GIRAUD TEULON fait la communication suivante relative à l'opération de la cataracte par l'extraction linéaire :

La communication qui a été faite dans la dernière séance par notre savant collègue M. Notta, comme apport nouveau à l'appui de la méthode d'extraction de la cataracte par le procédé de Küchler, m'est une occasion ou peut-être me fait même un devoir de joindre ici mes observations sur ce point à celles de ce chirurgien distingué.

Je n'ai pas l'intention, ni en mains les documents nécessaires à cet effet, de reprendre la discussion comparée de cette méthode avec

ses collatérales ; mais j'ai été interrogé sur mes résultats depuis une année, et je n'ai pas le droit d'attendre que la science soit faite et parfaite pour faire connaître où j'en suis. Je me bornerai donc à dire que, toujours aussi favorable que par le passé à l'emploi de cette méthode en principe, ou plutôt chez les sujets n'offrant pas de contre-indications spéciales, chez les sujets jeunes et sans complications iriennes par exemple, je dois cepeudant faire connaître un ordre très-précis de contre-indications devant lesquelles j'ai dû abandonner ce procédé; je veux parler des obstacles opposés à la sortie du cristallin, non plus par les lèvres de la plaie extérieure cornéale, ou scléro-cornéale, mais bien par l'iris.

J'ai récemment observé un fait qui mérite d'être rapporté eu égard à un précieux enseignement qu'il renferme pour la conduite à tenir en certaines circonstances particulières de l'opération de la cataracte.

Tout chirurgien, au moment d'entreprendre une extraction, est généralement soigneux d'explorer la région de la chambre antérieure, théâtre de son action opératoire, et, eu particulier de vérifier les rapports de la lentille avec l'iris. S'il existe des déformations de la pupille nettement caractéristiques d'iritis soit anciennes, soit récentes, s'il constate l'existence de synéchies soit notables, soit à l'état de simples excroissances papillaires de la marge de la papille, soit encore des exsudats ou même de minimes taches uvéales dans cette ouverture. Le chirurgien n'est plus dans le doute. L'iris a été ou est enflammé, en tout cas altéré dans sa texture. Au point de vue chirurgical, il y a là une complication opératoire en perspective. L'issue de la lentille ne sera pas un fait simple; l'opérateur fait ses réserves et prend ses précautions. La principale consiste dans l'iridectomie préalable.

Dans de tels cas, chacun suit la même ligne de conduite; je n'ai rien à apprendre à personue à cet égard.

Mais, à côté de ces indications nettes, il se rencontre des cas de complications iriennes, nou moins sérieuses, si l'on considère leurs conséquences finales, mais dans lesquels les preuves positives d'adhérences font défaut. On désigne ces cas comme des effets de la *rigidité* de l'iris. Le seul symptôme par lequel cette rigidité s'accuse consiste dans la diminution de l'effet produit par l'atropine. La pupille ne s'y dilate qu'à moitié ou au tiers des dimensions habituelles, mais uniformément et sans altération dans la pureté de la circonférence. On y peut soupçonner des adhérences sous-jacentes, mais non les avoir en certitude.

Le fait dont il va être ici question n'est pas sans jeter quelque jour sur le mécanisme qui préside, en de tels cas, à la *rigidité*.

J'ai eu, à la fin du mois de mai dernier, à extraire une cataracte chez un beau vieillard de quatre-vingt-sept ans, capitaine de cavalerie en retraite. Tout était encourageant dans les conditions générales et locales offertes par cet intéressant sujet : *mens sana in corpore sano*. Notre génération, avec trente années de moins, ne présente pas à profusion de types comparables.

Or, au moment d'opérer, et après quarante-huit heures de l'usage de l'atropine, suivant la méthode d'extraction dont j'ai cru devoir appuyer ici l'étude, la méthode transversale de Küchler, je me trouvai en présence d'une pupille à moitié dilatée (4 millimètres environ) quoique toujours régulièrement circulaire.

Je dis alors à mon entourage : Voici un cas qui doit être traité comme s'il existait des adhérences quoique nous n'en voyions pas, et que rien dans les antécédents ne doive nous en faire soupçonner l'existence. *L'iris est rigide*. Or mes sept ou huit derniers cas d'opération par la méthode de Küchler ont porté sur une série de cette espèce : la pupille ne s'y dilatait pas largement, et l'issue de la cataracte s'est montrée aussi laborieuse que dans un cas de plaie insuffisante ; et non pas, ajoutai-je, par le fait de la cornée, mais *bien manifestement* par résistance invincible ou au moins très-énergique de l'iris.

Or ces derniers cas m'avaient laissé de la tristesse ; si ce n'était pas de beaux insuccès, c'étaient bien de vilains demi-succès.

Donc je me rabattis sur la méthode, qui jouit aujourd'hui de la la faveur la plus grande, la méthode à petit lambeau, que je définirais plus exactement comme une transaction entre la méthode de Jacobson et celle de Graëfe. Je plaçai mes points de ponction et de contre-ponctions à la hauteur du tiers du diamètre vertical de la cornée et le sommet de l'incision *tangent* au bord transparent de cette membrane. Iridectomie au deuxième temps ; le reste comme chacun sait.

L'issue de la lentille fut parfaite ; le cristallin fort gros, sortit aisément, pas une goutte de corps vitré, cicatrisation facile et prompte, rien ne s'interpose au centre de la pupille. Tout paraît terminé vers le dixième jour.

A cette époque de la cicatrisation, nous assistons à un phénomène assez singulier. Le coloboma nous paraît se remplir graduellement de la périphérie vers le centre, comblé par une lamelle de couleur sombre formant comme une valvule ou membrane plane dont le bord libre s'avance vers le centre de la pupille, et ce mouvement se

termine quinze jours plus tard par le remplissage parfait de la lacune offerte par l'iris. Cette membranule, qui s'étend immédiatement en arrière du plan de l'iris, complète le diaphragme sans anticiper sur la pupille même. De plus, son aspect et sa couleur rappellent aussi exactement la portion d'iris enlevée que peut le faire le lieu qu'elle occupe, et si la supposition n'était entièrement anti-physiologique, l'idée viendrait que l'iris s'est reconstituée. L'illusion est complète à l'éclairage latéral ou focal.

L'examen direct à l'ophthalmoscope explique bientôt ce qui s'est passé : cette membrane, en apparence épaisse et brune, striée comme l'iris (à l'éclairage latéral ou par lumière réfléchie), si elle est vue par réfraction, se montre avec ses caractères réels. Elle est presque complétement transparente, la lueur choroïdienne la traverse parfaitement, montrant en même temps de nombreuses traînées pigmentaires qui le couvrent. On reconnaît alors que l'on est en présence de la capsule cristalline dont le kystitome n'a entamé que la partie centrale. Le cristallin, pour sortir, a déprimé, refoulé devant lui cette portion capsulaire qui lentement, graduellement, avec les progrès de l'œil vers la guérison, a su regagner et réoccuper sa place primitive.

Tout cela est simple et ne serait pas digne de vous être exposé, n'étaient les conclusions fort importantes que nous avons indiquées au début. Ce décalque exact de l'uvée irienne sur la capsule nous montre combien était grande l'intimité du contact existant avant l'opération entre l'iris et la capsule. Il n'y avait jamais eu d'iritis chez le sujet; pas d'excroissance marginale, pas de taches pigmentaires pupillaires, et cependant il existait une union générale fort intime entre les deux surfaces.

Ce fait nous apprend donc ce que l'on doit soupçonner dans les cas de rigidité simple en apparence de l'iris; il nous a appris ce qui avait dû présider à nos déboires de la dernière série de nos opérations de Küchler. Dans ces six ou sept derniers cas, la pupille n'avait que fort peu cédé à l'atropine, et lors du dernier temps de l'opération, l'accouchement avait été aussi laborieux qu'en aucun cas de la méthode de Graëfe, quoique bien certainement la plaie cornéale eût toute l'étendue désirable. L'issue de la cataracte coiffée par l'iris avait exigé de violentes pressions, le vitré n'avait fait hernie qu'*après* la sortie de la lentille, et, dans deux cas, celle-ci avait très-facilement traversé la plaie cornéale sur la curette envoyée à sa recherche.

Il y a donc ici un enseignement à recueillir : la simple rigidité de l'iris doit être traitée comme une adhérence franche et étendue, dont elle est évidemment la fréquente expression. Dans de tels cas, l'iri-

dectomie préalable s'impose et de plus l'opérateur fera bien de concentrer toute son attention sur la *certitude* d'avoir largement ouvert et dilacéré la capsule.

Et si l'on se demande maintenant quelle peut être la cause de semblables altérations des propriétés de l'iris, en l'absence de toute inflammation positive, il nous semble qu'on peut sans témérité y reconnaître un processus sénile de nutrition lésée modifiant à la fois la texture et les qualités des délicates membranes qui viennent de nous occuper. Chez les sujets âgés, après soixante-cinq ans, l'accommodation suspendue laisse inertes le cristallin et le cercle ciliaire chargé d'en modifier la forme ; cette observation nous apprend que, dans ces mêmes cas, les fibres musculaires radiées de l'iris participent sans doute à la longue inertie de leurs synergiques ciliaires. On s'expliquerait par là l'imparfaite action de l'atropine dont le rôle se voit limité à la paralysie du sphincter margiual comme dans les paralysies spinales. L'action excitatrice exercée physiologiquement sur les fibres radiées soumises au système ganglionnaire, faisant ici défaut, doit faire supposer l'atrophie des éléments musculaires radiés, et cette hypothèse se voit confirmée par la soudure de toute cette région de l'iris avec la partie correspondante de la capsule cristallinienne. Ces considérations finales nous ont paru mériter assez d'intérêt pour justifier à nos yeux la présentation d'une simple observation à la société. Cette présentation est motivée d'ailleurs comme un élément ou une contribution à la grosse question toujours pendante de l'extraction de la cataracte.

RAPPORT

M. PAULET fait un rapport sur plusieurs observations communiquées par M. Roux (de Brignolles) à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

La première de ces observatious est relative à une jeune fille de dix-huit ans portant sur le maxillaire supérieur droit une tumeur dont le développement avait rapidement marché. De l'ensemble des symptômes présentés par la malade, le chirurgien conclut à l'existence d'une tumeur contenue dans le sinus maxillaire, et l'événement prouva que ce diagnostic était exact. L'ablation du maxillaire supérieur fut pratiquée le 19 décembre 1872; la malade étant sujette à de fréquentes attaques d'épilepsie, cette complication parut une contre-indication à l'usage des anesthésiques, et le chloroforme ne fut pas employé. L'incision des parties molles fut conduite oblique-

ment depuis la commissure labiale jusqu'à l'apophyse orbitaire externe, en ayant soin de la faire passer en dedans de l'ouverture du canal de Sténon, pour éviter une fistule salivaire consécutive; en un mot, le procédé opératoire suivi fut le procédé de Velpeau. Afin d'éviter les ébranlements sur l'encéphale, M. Roux employa la scie à chaîne pour détruire les trois principaux points d'attache du maxillaire supérieur ; on ne saurait se dissimuler que la scie à chaîne n'est pas en général d'un usage bien commode dans la résection du maxillaire supérieur, et que son emploi allonge considérablement la durée de l'opération, ce qui est grandement à considérer quand les malades sont privés du bénéfice de l'anesthésie. Peut-être l'opérateur se serait-il servi avec plus d'avantages soit de la pince de Liston, soit des ostéotomes puissants dont les chirurgiens se servent aujourd'hui. D'ailleurs il eût été possible, en employant simplement le ciseau et le maillet, de gagner un temps notable, tout en évitant l'ébranlement dont l'opérateur paraît s'être surtout préoccupé. Après l'ablation de l'os, M. Roux crut devoir cautériser énergiquement toute la surface de la plaie, d'abord avec le perchlorure de fer, puis avec le cautère actuel, tant pour arrêter l'hémorrhagie opératoire que pour prévenir une hémorrhagie secondaire, et pour détruire les prolongements que le tissu morbide aurait pu avoir poussés dans les anfractuosités osseuses. Les suites de l'opération furent des plus simples, et la malade guérit rapidement.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une tumeur de la cuisse mesurant 19 centimètres de long sur 16 et demi de large, située au devant du droit antérieur au niveau de son entre-croisement avec le couturier, et développée dans le tissu conjonctif sous-aponévrotique. L'opération, pratiquée le 7 février 1872, n'offrit pas de très-grandes difficultés, et la guérison, quoique lente à obtenir, fut complète au bout de deux mois et demi. En faisant l'examen histologique de ces deux tumeurs, M. Roux remarqua qu'elles présentaient des caractères mixtes, c'est-à-dire que les couches de la périphérie appartenaient à la catégorie de sarcomes dits sarcomes fasciculés (tumeurs fibro-plastiques de Lebert), tandis que le centre était uniquement constitué par des cellules embryonnaires arrondies (sarcome encéphaloïde).

La troisième partie du travail de M. Roux contient une observation d'amputation tibio-tarsienne à lambeau latéral interne. La malade, femme d'environ cinquante ans, était atteinte d'une carie scrofuleuse du calcanéum et de l'astragale. L'opérateur ne crut pas devoir adopter le procédé de Syme, parce que ce procédé est d'une exécution difficile,

surtout lorsque des lésions organiques ont induré et épaissi les parties molles, qu'il expose à entamer la peau en arrière, à diviser l'artère tibiale postérieure avant sa bifurcation, et qu'il offre en outre des conditions défavorables à l'écoulement du pus; pour ces raisons, il donne la préférence au procédé de J. Roux. L'opération, habilement pratiquée, eut les suites les plus heureuses. Il est seulement à regretter que l'auteur nous en ait communiqué le résultat d'une façon un peu prématurée; car, dans toutes les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe, s'il est bon de savoir que les malades ont guéri, encore faudrait-il savoir — et c'est là un point fort important — à l'aide de quel appareil ils ont pu marcher et comment ils ont marché.

La dernière partie de ce travail est intitulée *Note sur la trachéotomie;* elle contient plusieurs observations dans lesquelles l'auteur signale l'existence de veines nombreuses dont la présence gêne considérablement l'opérateur, et dont l'ouverture peut donner lieu à des hémorrhagies dangereuses. Dans un cas, une artère dut être liée. Enfin l'auteur appelle l'attention sur un accident très-grave, la syncope, qui survient parfois immédiatement après l'opération, et qui se produit, selon lui, parce que le sang veineux qui congestionne outre mesure l'encéphale et lui fait subir une sorte d'apoplexie, se trouve, par le seul fait de l'ouverture de la trachée, revenir par une sorte de raptus subit et rapide dans la cavité thoracique et cesse brusquement d'exciter l'encéphale.

DISCUSSION

M. TRÉLAT. M. Paulet a avancé que l'emploi de la scie à chaîne était difficile. Je pense que cette difficulté est considérablement diminuée lorsqu'on a la précaution de mettre d'abord l'os à nu à l'aide d'un grattoir. On peut, d'ailleurs, à défaut de scie à chaîne, employer la scie de Larrey ou celle de Langenbeck. Quant à la gouge et au maillet, je ne suis pas de l'avis du rapporteur. J'ai vu les chirurgiens qui nous ont précédés, entre autres Nélaton, éprouver de grandes difficultés dans le maniement de ces instruments, alors que, je le répète, la scie à chaîne, précédée de quelques coups de grattoir, permet de terminer rapidemeut la section.

M. TILLAUX. Je crois aussi que le temps le plus difficile est la section de l'os malaire. La pince de Liston expose à des éclats considérables. La scie de Larrey n'est pas toujours d'un maniement facile. La scie à chaîne me paraît à coup sûr la plus pratique ; mais,

malgré l'opération du grattage, qui facilite son application, je ferai observer que son passage est souvent rendu fort difficile par les différences très-considérables de la fente sphéno-maxillaire qui peut varier de 2 à 6 millimètres, suivant les sujets. La recherche de cette fente, recouverte par le périoste orbitaire, recherche qu'il faut exécuter à l'aide de la pulpe du doigt engagée très-profondément, est, je le répète, un point des plus délicats.

M. LE FORT. Je suis, pour ma part, absolument opposé à l'idée de M. Paulet, relativement à la pince de Liston, la gouge et le maillet, car je leur préfère de beaucoup la scie à chaîne, à la condition toutefois de se servir d'aiguilles d'acier recuit pour la conduire à travers la fente sphéno-maxillaire. Cette précaution permet, en effet, de donner à l'aiguille la courbure nécessaire.

M. DESPRÈS. J'avoue que je ne partage pas l'opinion de ceux qui veulent que la pince de Liston soit insuffisante. Je me rappelle avoir eu, dans un cas, de grandes difficultés à faire passer la scie à chaîne, tandis que je suis toujours arrivé, bien que d'une force musculaire très-ordinaire, à sectionner l'os à l'aide de la pince de Liston. Ce procédé a, d'ailleurs, l'avantage de ne point vous obliger à changer d'instrument, puisque cette pince vient de vous servir à sectionner l'apophyse palatine. Les difficultés dans son emploi ne peuvent résulter que des tentatives que l'on ferait pour sectionner l'os d'un seul coup ; il faut se garder d'opérer ainsi, mais, au contraire, mordre successivement et à plusieurs reprises sur le tissu osseux.

M. DUBRUEIL. Je ne me suis pas servi moi-même de la pince de Liston ; mais, lorsque j'étais interne de Maisonneuve, j'ai vu ce chirurgien la manier avec la plus grande facilité. Je dois ajouter que la pince dont il se servait était beaucoup plus longue et beaucoup plus puissante que celle de Liston : c'était, je crois, la pince de Colombat.

M. BLOT. Je me souviens qu'étant interne de Velpeau, je le vis aux prises avec de grandes difficultés dans le temps de section à l'aide de la pince de Liston. Il me passa l'instrument, et je ne pus moi-même terminer la section qu'à grand'peine.

M. PAULET. Malgré l'opération préliminaire du grattage, que conseille M. Trélat, et qui facilite très-certainement la section, l'usage de la scie à chaîne est, je le répète, laborieux à cause des préparations fort longues qui sont nécessaires, et qui, surtout, sont pénibles pour un malade non anesthésié. La section se fait très-facilement à l'aide de la pince de Liston ; quant à la gouge et au maillet, qui paraissent n'être pas du goût de quelques-uns de nos collègues, je dé-

clare les avoir plusieurs fois mis en usage et avoir toujours été frappé de la facilité et de la rapidité avec laquelle la section s'opérait ainsi, sans qu'il fût besoin pour cela d'employer une grande force.

Les conclusions de M. Paulet sont adoptées, c'est-à-dire le renvoi du travail de M. Roux aux archives et l'inscription en rang très-honorable au nombre des candidats à la place de membre correspondant.

RAPPORT

M. CRUVEILHIER fait le rapport suivant sur l'appareil du docteur Farina (de Menton) :

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Paulet, Forget, Cruveilhier, de vous faire un rapport sur l'appareil à fracture de jambe qui vous est présenté par M. le docteur Farina (de Menton); je viens de m'acquitter de cette tâche.

M. le docteur Farina, parmi les nombreux traumatismes qu'il a eu à traiter pendant vingt-cinq années de pratique, s'est trouvé en face de deux faits de fracture compliquée de jambe qui se sont montrés rebelles aux divers moyens de contention employés.

Le premier fait a trait à un malade qui, par suite d'une chute faite du haut d'un échafaudage de 4 mètres de hauteur, se fit une fracture de jambe avec issue de 10 centimètres du fragment supérieur du tibia. Tous les moyens contentifs n'ayant pu empêcher le chevauchement, M. le docteur Farina fit construire son appareil sur le modèle de celui de M. le docteur Dubert (du Pont-du-Château). Le résultat fut remarquable; aussi notre confrère n'hésita-t-il pas à avoir recours au même moyen dans un cas où, en même temps qu'une fracture comminutive, il y avait division circulaire de la peau : le résultat obtenu fut excellent, et c'est, encouragé par ces succès, que notre confrère adresse son appareil à la Société.

En voici la description sommaire; il se compose de cinq parties.

1° Un plancher percé de trous pour recevoir des quilles volantes, sur lequel reposent des coussinets brisés.

2° et 3° Deux planches latérales mobiles percées de deux rangées de fenêtres.

4° Une planchette verticale sur laquelle reposera le pied : elle porte au centre une grande fenêtre carrée, et sur sa face postérieure deux supports verticaux destinés à fixer un treuil.

5° A la partie supérieure, une autre planchette, munie de deux boucles en fer pour faciliter la contre-extension du membre.

6° Une barre transversale destinée à s'opposer à la saillie des fragments.

Tout en remerciant M. le docteur Farina de son intéressante communication, votre commission a dû chercher si cet appareil remplissait mieux les diverses indications des fractures compliquées de jambe que les procédés déjà connus dans la science.

Sans passer en revue tous les moyens de contention désignés sous le nom de boîtes ou caisses, nous signalerons les analogies avec les inventions classiques de Baudens et de Jules Roux (de Toulon).

Comme l'appareil de Baudens, celui qui nous est présenté offre des panneaux fenêtrés; mais tandis que ces panneaux servent à la contention du membre dans l'appareil de Baudens, et que les fenêtres servent à attacher les liens coaptateurs, les fragments, dans l'appareil du docteur Farina, sont maintenus par des quilles, comme le faisait Jules Roux; aussi peut-on se demander à quoi servent ces parois latérales, qui ne paraissent n'exister que comme vestige de l'appareil pour donner attache à la traverse qui doit s'opposer à la saillie du fragment supérieur.

Par ce simple exposé, les membres de la société ont pu se pénétrer de ce qui a frappé votre commission, c'est que si l'appareil de M. le docteur Farina ne présente aucune innovation importante, et n'a ouvert aucun aperçu nouveau sur le traitement des fractures compliquées, il remplit le but auquel le destinait son auteur.

Construire un appareil d'exécution facile, économique et satisfaisant à toutes les indications qui peuvent se présenter pendant le traitement, tel est le programme de notre confrère, et il nous semble l'avoir rempli.

Son appareil est à la fois contentif, hyponesthésique et à extension permanente, et seul il peut obéir à la fois à ces trois indications.

Je signalerai particulièrement deux points : en premier lieu, la méthode employée pour s'opposer à la saillie du fragment supérieur, bien que je préfère à cette pression, faite à l'aide de coussin sur le fragment supérieur, la pointe de Malgaigne, qui, avec une puissance supérieure, détermine bien moins d'accidents.

En second lieu, la manière aussi irréprochable que possible dont est faite l'extension et la contre-extension.

Il est évident que l'appareil de M. le docteur Farina est exposé aux mêmes objections que les autres, dits boîtes ou caisses : il est lourd,

peu portatif, et l'on ne peut s'en servir pour le transport des blessés; mais, dans des conditions données, il peut trouver son application. Je crois, de plus, qu'il faut tenir compte à notre confrère de ne nous avoir soumis sa communication qu'avec l'appui expérimental de deux très-beaux succès.

Je propose donc :

1° De remercier M. le docteur Farina de sa communication ;

2° De déposer son travail aux archives.

COMMUNICATION

M. TILLAUX fait la communication suivante, relative aux corps fibreux de l'utérus :

Messieurs, permettez-moi de vous présenter quelques réflexions au sujet des corps fibreux, des *fibroïdes* de l'utérus.

Je désire appeler spécialement votre attention sur l'évolution bizarre de quelques-unes des tumeurs de l'utérus, évolution pouvant entraîner certains écarts curieux dans le diagnostic et aussi sur le traitement qu'il convient d'apporter aux fibroïdes de gros volume implantés sur le fond de la matrice.

Je dirai d'abord qu'il existe des corps fibreux d'un assez petit volume pour pouvoir sortir et rentrer de temps en temps spontanément dans l'intérieur de la cavité utérine. On conçoit combien ce fait peut amener de divergences dans l'opinion de chirurgiens appelés à examiner une malade à l'un ou à l'autre moment. J'ai entendu M. le professeur Pajot raconter à ce sujet les pérégrinations d'une malade allant successivement chez plusieurs célèbres praticiens qui affirmaient les uns après les autres l'absence d'un polype fibreux utérin.

L'an dernier, j'eus occasion d'examiner, dans mon service à Lariboisière, une malade de ce genre. Il existait, en dehors du col utérin, une tumeur fibreuse du volume d'une noix environ. L'opération fut fixée au lendemain. La malade est amenée à l'amphithéâtre, et, après avoir décrit le procédé opératoire, je me mis en demeure d'opérer. Le polype avait disparu, et je dus attendre qu'il voulût bien apparaître de nouveau, d'autant plus qu'il n'entraînait pas d'accidents actuels.

Ce sont donc là des polypes logés dans la cavité utérine, et qui en sortent de temps en temps sous l'influence des contractions de la matrice, surtout vers l'époque menstruelle.

Il en est une autre variété, plus curieuse encore, et que fera bien comprendre l'histoire du fait suivant :

En 1873, j'opérai, avec mon ami le docteur Métivier, une dame atteinte d'un polype fibreux de l'utérus. La tumeur était gangrenée à la surface et avait donné lieu à quelques phénomènes d'infection putride. Elle était franchement pédiculée, aussi l'opération fut-elle aisément conduite à bien avec un écraseur courbe, et la malade recouvra une santé parfaite.

Au mois d'août dernier, une année environ après la première opération, la malade revint chez moi accusant des phénomènes analogues à ceux qu'elle avait antérieurement éprouvés. Elle redoutait l'existence d'un nouveau polype.

Je fis un examen aussi complet que possible ; je pratiquai même le cathétérisme utérin, et je constatai que la cavité utérine était absolument libre et de dimensions normales. J'affirmai donc à la malade de la manière la plus catégorique qu'elle n'avait pas de polype.

Quelques jours plus tard, M. le docteur Métivier examinait la malade et constatait la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule remplissant tout le vagin.

D'ou venait ce nouveau polype? Il n'était certainement pas renfermé dans la cavité de la matrice, puisque je l'avais explorée dans tous les sens. La seule explication rationnelle me paraît être la suivante : le corps fibreux était situé dans les parois de l'utérus, au-dessous de la muqueuse, et au voisinage du col. Sous l'influence d'une contraction utérine violente sollicitée par l'application de tampons que j'avais conseillés à la malade, le fibroïde avait été brusquement expulsé au dehors de la cavité utérine.

L'opération fut, comme la première fois, des plus simples et d'une guérison rapide.

Il n'en a malheureusement pas été de même dans le troisième cas qui me reste à relater.

Le résultat a été fatal, puisqu'il a entraîné la mort de la malade dans l'espace de quarante-huit heures, et cette issue funeste doit être mise sur le compte de l'opération, car une portion du fond de l'utérus fut enlevée avec la tumeur.

Ces cas malheureux étant ceux qui portent avec eux les enseignements les plus profitables, je vous demande la permission de vous faire connaître celui-ci avec quelques détails.

Je dirai à ma justification qu'il s'agissait d'un de ces fibroïdes énormes tout à fait exceptionnels, ainsi que vous le pouvez constater

par l'examen de la pièce ; de ces tumeurs dont l'extirpation s'impose par les accidents qu'elles déterminent, et pour lesquels la médecine opératoire ne peut tracer d'avance aucune règle précise.

Mme X..., âgée de trente-trois ans, avait éprouvé les premiers accidents sous forme de métrorrhagies il y a six ans. A plusieurs reprises, elle avait dû garder le lit pendant des mois entiers, et une fois pendant six mois. Peu à peu son ventre se développa, et elle sentit une tumeur envahir le vagin et descendre jusqu'à la vulve. La tumeur faisait même saillie à l'extérieur aux époques menstruelles et provoquait des douleurs expulsives analogues à celles de l'enfantement.

Lorsque j'examinai la malade, je constatai l'existence d'une tumeur utérine remontant un peu au-dessus de l'ombilic et faisant saillie à la vulve, absolument comme une tête de fœtus. Elle remplissait tout le petit bassin, en sorte qu'il était impossible d'introduire le doigt entre la surface et les parois du vagin pour constater ses rapports avec le col. D'ailleurs, il était évident qu'elle occupait la cavité de la matrice tout entière. Mais où était le point d'implantation. Rien ne pouvait en donner la moindre idée.

La tumeur était donc fortement enclavée dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, qu'elle comprimait.

Après avoir mûrement réfléchi au meilleur procédé opératoire à mettre en usage, je procédai à l'extirpation, mercredi dernier, de la manière suivante :

La malade étant endormie, j'implantai dans la tumeur des pinces de Museux et exerçai des tractions. Celles-ci ne furent d'abord suivies d'aucun résultat. Je me disposais à pratiquer à la vulve de petites incisions latérales, à employer le forceps, dont je m'étais muni, et, au besoin le céphalotribe, et même à enlever, comme cela a été fait dans les cas analogues, une tranche de la tumeur pour en diminuer le volume, lorsque je la sentis s'engager et sortir à l'extérieur : mais le périnée avait cédé, bien que les tractions fussent modérées. Je dois dire que la malade, très-affaiblie par ses pertes et ses souffrances antérieures, avait les chairs très-pâles et peu résistantes.

La tumeur que vous voyez sortit alors à l'extérieur.

De nouvelles difficultés, que j'avais d'ailleurs prévues, se présentaient. Où était le pédicule, ou plutôt le point d'implantation, car, ainsi que vous pouvez le constater, la tumeur était sessile, où finissait la tumeur, et où commençait l'utérus ? L'implantation avait-elle lieu sur le fond de la matrice, sur une de ses parois ou sur une des lèvres

du col ? Dans l'hypothèse d'une implantation au fond de l'utérus, celui-ci était-il retourné en doigt de gant et compris dans le centre de la tumeur? Ce dernier problème surtout, vous le comprenez, me préoccupait à un haut degré, et, dans l'impossibilité où j'étais de le résoudre à l'œil et au toucher, je pratiquai à la surface de la tumeur une incision longitudinale profonde, et je pus constater, en saisissant la masse entre les deux index, au fond de cette incision, qu'il n'y avait aucun corps inclus.

Je me proposais également, par cette incision, de m'assurer s'il existait, au-dessous d'une couche de tissu utérin plus ou moins épaisse, un fibroïde énucléable, ce qui n'existait pas au *verso*.

J'eus la mauvaise inspiration d'appliquer, sur le point que je venais d'inciser, une chaîne d'écraseur, au lieu de continuer la section avec le bistouri ou les ciseaux. J'espérais éviter ainsi la section de gros vaisseaux qui ont été parfois signalés au point d'insertion des corps fibreux sessiles. La chaîne de l'écraseur glissa, comme cela a toujours lieu, jusqu'à l'extrémité de la tumeur, et la section s'opéra assez rapidement.

Je n'eus même pas le bénéfice de l'hémostase, car la surface de section fournit aussitôt une quantité considérable de sang que j'eus peine à arrêter.

Aussitôt la tumeur enlevée, j'avais été quelque peu effrayé du morceau d'utérus qui lui était accolé, mais la surface externe m'avait paru tapissée par une muqueuse et non par le péritoine, en sorte que j'eus l'espoir que ce n'était autre chose qu'un morceau de la lèvre du col hypertrophié qui avait donné naissance à la tumeur.

La journée fut relativement satisfaisante, mais une violente péritonite éclata dans la nuit, et la malade succomba quarante-huit heures après l'opération.

L'autopsie nous a révélé que l'utérus était troué vers son fond.

J'ai donc eu affaire à un fibroïde sessile, énorme, appendu au fond de l'utérus, non énucléable, dont les fibres se continuaient avec celles de l'utérus sans aucune ligne de démarcation.

Sous l'influence des tractions exercées sur la tumeur, l'utérus s'était laissé déprimer en cul de bouteille, et c'était cet organe lui-même qui formait, en réalité, le pédicule du fibroïde sur lequel avait glissé la chaîne de l'écraseur.

Une conséquence pratique importante me paraît ressortir de ce fait malheureux : c'est que l'écraseur linéaire, cet instrument si utile à l'extirpation des tumeurs pédiculées de l'utérus, est d'un emploi

dangereux quand il s'agit de tumeurs sessiles et que celles-ci doivent être détachées couche par couche et au bistouri.

DISCUSSION

M. TARNIER. J'ai demandé la parole pour présenter quelques réflexions sur les deux premiers faits rapportés par notre collègue. Les faits de polypes dits intermittents sont bien connus et ne constituent pas, par conséquent, une rareté; tous les chirurgiens en ont observé. Le second fait relatif au polype qui fait tout à coup procidence dans le vagin, sans que sa présence préalable dans l'utérus ait pu être constatée, me paraît difficilement explicable, et il me paraît impossible d'admettre la transformation rapide de l'état sessile en forme pédiculée. Ce travail, quand il se produit, est toujours d'une longueur extrême; M. Tillaux s'est servi dans son exploration de l'hystéromètre; or il est impossible de sonder à l'aide de cet instrument l'intérieur de l'utérus comme on explore la vessie à l'aide d'une sonde: je suis donc convaincu, pour ma part, que notre collègue a passé à côté ou au-devant du polype intra-utérin.

M. DUPLAY. Je crois également que l'intermittence de certains polypes est un fait de notoriété commune; je doute aussi beaucoup, pour ma part, de l'explication donnée par M. Tillaux pour légitimer l'apparition brusque d'un polype gros comme un œuf dans la cavité vaginale. Je crois que l'exploration utérine est beaucoup plus difficile que l'exploration de la vessie. Quant au cas malheureux cité par notre collègue, je ne critiquerai pas le procédé qu'il a mis en usage; il est probable que j'eusse agi comme lui; pourtant je crois que lorsqu'on opère un polype fibreux de la matrice, il est dangereux de faire des tractions qui peuvent dans certains cas déterminer des inversions. Je crois qu'il vaut mieux morceler la tumeur et arriver le plus près possible de son point d'implantation. J'ai opéré deux ou trois gros polypes fibreux, un entre autres avec M. Lasègue. Il était absolument inclus dans la cavité utérine. J'ai pu me faire de la place en le morcelant comme je le disais.

M. GUÉNIOT. Je n'ai que peu de choses à ajouter. Je voulais seulement rappeler un fait remarquable qui a été présenté à la Société anatomique, et qui consistait en un angiome intermittent qui paraissait ou disparaissait suivant l'état de congestion ou de non-congestion de l'utérus. L'origine interstitielle de la tumeur dont nous a parlé M. Tillaux me paraît absolument improbable. Il est à présumer que ce polype était pédiculé dans la cavité utérine et compris dans le

segment antérieur de cette cavité toujours beaucoup plus difficile à explorer. Quant au diagnostic du troisième fait cité par notre collègue, il est parfois très-difficile. Je me rappelle avoir été moi-même très-embarrassé dans un cas analogue, ne sachant si j'avais affaire à un corps fibreux ou au fond de l'utérus renversé. Il s'agissait d'une femme que M. Richet avait opérée d'une tumeur fibreuse de la grosseur d'une orange; aussitôt après cette extraction, une autre saillie vient se présenter à l'orifice, et l'indécision du chirurgien, grande d'abord, ne fit que s'accentuer les jours suivants. M. Richet, que je remplaçais alors dans son service, me proposa comme moyen de diagnostic de refouler ou d'essayer de refouler cette tumeur à l'aide d'un embout de spéculum. Je n'employai point ce moyen, et j'eus recours à l'acupuncture, convaincu que si j'avais affaire à un corps fibreux la sensation serait nulle et la résistance très-considérable. Persuadé après cet examen, que c'était bien un nouveau corps fibreux je l'opérai, et la malade guérit. Aussi n'hésiterais-je pas dans un cas analogue à employer de nouveau le même procédé d'exploration. Je conçois les regrets qu'a manifestés M. Tillaux de n'avoir pas continué son opération avec le bistouri; mais je ne partage pas les craintes qu'il a émises relativement au danger de laisser dans la matrice une portion de corps fibreux. La désorganisation de ce reliquat se fait le plus souvent sans de grands inconvénients.

M. GUYON. Je ne pense pas non plus qu'il y ait grand inconvénient à laisser dans l'utérus une partie du corps fibreux, à la condition toutefois qu'il soit pédiculé. Dans tous les cas, le fait cité par M. Tillaux tendrait à démontrer que cette terminaison offre encore moins de dangers que l'extirpation totale. Jarjavay, dans un mémoire publié sur ce sujet, avait du reste prévu le cas, et il proposait de fendre en long la tumeur comme un fruit, et d'avancer à petite coupe jusqu'à son implantation. J'ajouterai que ces corps fibreux décrits sous le nom de grossesses fibreuses, implantés sur le fond de la matrice, peuvent par eux-mêmes déterminer l'inversion de l'utérus; et ce serait surtout dans des cas analogues que l'emploi de l'écraseur serait entièrement dangereux. Dans tous les cas, le fait cité par M. Tillaux est des plus instructifs, et je lui suis personnellement très-reconnaissant de sa communication.

M. DESPRÈS. Je suis très-heureux d'avoir entendu l'intéressante communication de M. Tillaux, d'autant plus que, dans un cas analogue, je me suis abstenu. Il s'agissait d'un polype considérable, sorti à moitié de la cavité utérine. Je pratiquai le toucher rectal dans le but d'atteindre la limite supérieure ; il me fut impossible d'y

parvenir; je résistai aux propositions qui me furent faites de pratiquer l'ablation de ce corps fibreux, et je renvoyai la malade chez elle. Il y a, du reste, dans la science des faits nombreux d'opérations terminées aussi malheureusement que celle de notre collègue, sans compter tous les faits de ce genre qui n'ont pas été publiés.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. M. Tillaux a-t-il bien constaté un pédicule sur son polype fibreux. Ceux que j'ai vus, pour ma part, se nourrissaient par leur surface externe. Quant à l'extirpation des corps fibreux de la matrice, on y arrive avec une patience rare. Je me suis servi dans ce but de ligatures temporaires, et au bout de plusieurs mois de ce traitement, j'ai pu terminer l'extirpation sans danger. Je puis dire que, pour des opérations de ce genre, je n'ai jamais vu d'accidents mortels. En un mot, c'est un long accouchemen, auquel j'assiste. Quant aux tumeurs fibreuses intra-utérines, je n'y touche pas.

M. POLAILLON. Je voudrais insister sur un point qui a été effleuré par M. Guéniot, à savoir la putréfaction du morceau de corps fibreux qui reste dans la cavité utérine. Je me rappelle avoir enlevé un polype et l'avoir sectionné assez loin de son implantation. Après une série de cautérisations faites sur la partie restante, à l'aide de la pâte de Canquoin, la guérison a été obtenue. La section des polypes utérins peut se faire à l'aide de ligatures successives, mais surtout à l'aide du serre-nœud de Maisonneuve, qui ne glisse pas comme la chaîne et sectionne là où on le place. Quant à la portion qui reste dans la cavité utérine, j'ai remarqué qu'après un écoulement sanieux de quelques jours de durée, tout rentre dans l'ordre, combattu par des injections répétées avec une solution au vingtième de chlorure de zinc, par exemple; la partie laissée végète, continue à vivre, et doit nécessairement être attaquée par de nouvelles cautérisations. Je signalerai un autre avantage du serre-nœud. C'est à peu près le seul instrument possible dans ces cas de polype inattaquable par le bistouri, chez des femmes anémiées par des hémorrhagies successives, au point de ne pouvoir supporter la moindre perte de sang.

M. BLOT. Je ne parlerai pas du procédé opératoire. Je suis étonné, pour ma part, d'entendre M. Polaillon préférer le serre-nœud à l'écraseur, et accuser celui-ci de produire plus d'hémorrhagie que le serre-nœud. Je crois même que si l'on mettait en parallèle le fil avec la chaîne, celle-ci serait la plus hémostatique des deux. Quand on examine la pièce que M. Tillaux nous a montrée, on voit que l'on peut assez facilement, à l'aide des ongles, séparer les adhérences qui unissent le corps fibreux à la surface utérine. Je crois donc qu'avec

les doigts on eût pu déterminer le décollement mieux encore qu'avec le bistouri droit ou boutonné; rien, en effet, ne vaut les doigts en pareil cas; et dans une circonstance analogue ou identique, je me servirai uniquement de ce moyen, et je me comporterai comme il est indiqué de le faire dans les cas d'adhérence du placenta.

M. Hervez parlait tout à l'heure des accouchements prolongés du corps fibreux auxquels il assistait patiemment. Ce n'est pas malheureusement toujours possible; on a souvent la main forcée par les hémorrhagies successives et par l'anémie qui en résulte. Aussi me résumé-je ainsi comme procédé opératoire : segmentation du corps fibreux, puis énucléation à l'aide des doigts.

M. MARJOLIN. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Tillaux, et je me demande si l'on ne pourrait pas singulièrement faciliter le diagnostic à l'aide du toucher rectal, d'une part, et, d'autre part, à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie. L'espace intermédiaire devrait représenter exactement le volume de l'utérus.

M. DUBREUIL. Je crois qu'il vaut mieux, dans l'espèce, employer le constricteur que l'écraseur; il est plus hémostatatique ; de plus, le fil ou le cable a l'avantage sur la chaîne de prendre toutes les formes imaginables et de ne pas glisser.

M. TERRIER. M. Chassaignac, dont j'ai été l'interne, a fait construire un écraseur courbe dans le but de pouvoir facilement étrangler le polype dans le vagin sans exercer de tractions. Je n'ai pas constaté d'hémorrhagie à la suite de plusieurs opérations de ce genre que je lui ai vu pratiquer. Il suffit d'y mettre le temps nécessaire. Je crois donc que, pour les polypes tombés dans la cavité vaginale, l'application de la chaîne de l'écraseur courbe sera d'une grande utilité. Je crois, au contraire, que le fil ou le calle du serre-nœud de Maisonneuve doit être réservé pour les polypes intra-utérins.

M. FORGET. Je ne reviendrai pas sur les polypes intermittents. M. Tillaux a déclaré lui-même que ce cas était fréquent, et je rappellerai à ce propos l'opinion de Lisfranc, qui recommandait toujours l'examen, dans ce cas, au moment des règles. Pour le second fait, il me paraît évident que l'hystéromètre a passé autour du corps fibreux, lequel était non pas sessile, mais bien pédiculé dans la cavité utérine.

J'insisterai un peu plus sur la troisième observation. Il y a dans les cas de ce genre de grandes difficultés, vis-à-vis desquelles j'ai vu souvent nos maîtres hésiter, voire même s'égarer. Les revers en pareil cas instruisent beaucoup plus que les succès, et c'est à ce titre que je remercie M. Tillaux de sa communication. J'ai été frappé de la forme régulière et dépourvue de bosselures de la tumeur qui nous a été

présentée ; on pourrait en arguer qu'elle était depuis longtemps coiffée dans la matrice, dont elle représentait pour ainsi dire le moule, et qu'elle n'avait pu, par conséquent se livrer à ces irrégularités, à ces excentricités pour ainsi dire, que l'on observe parfois. Quant au moyen de traitement à adopter, je considère la segmentation comme une bonne chose ; mais puisque dans un autre ordre d'idées on a discuté la valeur de l'incision, de l'excision, de l'écrasement, de la ligature extemporanée, pourquoi n'emploierait-on pas aussi la ligature temporaire? Dans ce cas, où on est très-perplexe sur la nature des tissus à diviser, pourquoi ne pas appliquer le serre-nœud de Desault? En mettant tout au pis, c'est-à-dire dans le cas où l'on aurait le malheur de traverser l'utérus, on aurait encore une chance, celle qui résulterait de l'adossement des séreuses obtenu par le procédé. Dans un cas très-grave de polype chez une femme exsangue, j'ai vu la ligature faite au fond de la matrice amener la décomposition de la tumeur. Les serre-nœuds proprement dits sont aujourd'hui absolument oubliés. Ne serait-ce pas le cas de les faire revivre? C'est une idée que je soumets à M. Tillaux.

M. TILLAUX. Je remercie mes collègues des observations qu'ils m'ont adressées, et je regrette que le temps ne me permette pas de leur répondre plus longuement. Je ne voudrais pas qu'on pût m'accuser de considérer comme rare l'intermittence dans l'apparition des polypes. On sait que ces productions sont de deux espèces: les polypes de la paroi, les polypes de la cavité. Tous deux peuvent se présenter brusquement dans le vagin; or je persiste à croire que, dans l'examen hystérométrique que j'ai fait, je cherchais le polype avec trop d'intérêt pour être certain que si je ne trouvais rien dans la cavité utérine, c'est qu'il n'y avait pas de polype; rien, du reste, ne me choque à l'idée de croire à un corps fibreux contenu dans la paroi utérine et chassé comme un noyau dans la cavité vaginale.

Je répondrai à M. Duplay qu'il est facile de dire que les tractions sont absolument contredites, mais qu'il est impossible de suivre ce programme dans un cas analogue au mien, où la tumeur remontait, d'une part, à l'ombilic, et de l'autre, emplissait absolument la vulve. J'avais bien pensé à morceler la masse, et je m'étais muni à cet effet de pinces de forceps de céphalotribes, etc.; il n'y avait rien à tenter dans ce sens.

Qu'on le sache bien, en effet, je n'ai pas fait cette opération à la légère; j'y ai longtemps réfléchi ; j'ai gardé la malade en observation six semaines dans mon service, je connaissais les faits de Jarvavay, mais il faut bien le dire, les faits ne se ressemblent pas. Il n'y avait

pas de moyen terme dans mon cas. Ou renoncer à l'opération, suivant en cela la conduite de M. Desprès; mais la femme était épuisée et réclamait mon intervention à grands cris. Ou tenter l'extirpation, et faire saillir au dehors la tumeur, qui était enclavée de telle sorte que je ne pouvais passer le doigt entre elle et le pubis.

Je répondrai à M. Forget que, par le fait, ce corps fibreux adhérait au fond de l'utérus et s'étendait jusqu'à la vulve; mais je n'en savais absolument rien, et je ne pouvais le savoir. La tumeur occupait-elle le fond, ou, au contraire, était-elle greffée sur le col et refoulait-elle la matrice en haut ? Quand j'ai eu attiré la tumeur au dehors, je me suis assuré par une série d'incisions longitudinales qu'il n'y avait pas d'utérus au-dessus ou au-dedans, et ma grande faute a consisté à ne pas continuer avec le bistouri, et à lui substituer la chaîne de l'écraseur, qui a glissé. Je ferai observer à M. Hervez que la ligature temporaire était impossible à placer à cause de l'enclavement.

Enfin, je dirai à MM. Polaillon et Guéniot, que je n'ai pas d'expérience personnelle au sujet de l'infection putride résultant de l'extirpation incomplète des corps fibreux. J'ai seulement lu qu'elle arrivait parfois à la suite du sphacèle qui se produisait dans ce cas.

M. DEMARQUAY présente à la société un énorme lipome datant de vingt ans implante sur le moignon de l'épaule, qu'il a enlevé sur une femme de soixante-treize ans. L'ischémie a été pratiquée avec succès, et l'enveloppe fibreuse périphérique conservée avec soin, précaution de grande importance suivant M. Demarquay, relativement aux accidents consécutifs. La malade est, du reste, dans les meilleures conditions.

La séance est levée à cinq heures cinquante-cinq minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de médecine de la semaine;

2° Une lettre de M. le docteur Abeille, relative à une modification de l'appareil de Baudens pour le traitement des fractures compliquées.

LECTURE

Fiévre uréthrale. — M. PAULET lit le rapport suivant sur le travail de M. Roux (de Brignoles) intitulé : *Considérations pratiques sur la fièvre uréthrale.*

Messieurs, vous avez reçu de M. le docteur Roux (de Brignoles) un mémoire intitulé : *Considérations pratiques sur la fièvre uréthrale*, mémoire intéressant à plus d'un titre, sinon par son étendue, au moins par l'importance des questions qu'il soulève, et sur lequel je vous demande la permission d'appeler pour quelques instants votre attention.

Décrire brièvement les symptômes de cette grave complication à laquelle ont été tour à tour imposés les noms de fièvre urineuse, fièvre urémique, fièvre uréthrale, fièvre uréthro-vésicale, etc., en indiquer les causes, exprimer son opinion sur le nature de la maladie, faire connaître le traitement qui lui a réussi et surtout bien établir les moyens d'en prévenir l'explosion, tel est le but que s'est proposé l'auteur. Je n'insisterai pas longuement sur l'exposé des symptômes de la fièvre urineuse. M. Roux a pris pour type l'accès de la fièvre dit de *moyenne intensité :* il en a fait une véritable étude d'après nature, et sa description, toute complète qu'elle soit, n'ajoute rien aux connaissances que chacun de nous a été à même d'acquérir tant par ses lectures que par sa pratique personnelle. Il indique tout particulièrement la grande analogie de forme, la presque similitude, déjà bien des fois notée, entre l'accès de la fièvre uréthrale et celui de la fièvre palustre dont les trois stades caractéristiques se retrouvent dans les deux cas.

Ce qui doit surtout nous arrêter, ce sont les opinions de notre confrère sur les causes et sur la nature de la fièvre urineuse. Au nombre des causes prédisposantes, nous le voyons placer la néphrite, mais sans lui donner aucune importance spéciale et en paraissant la confondre avec d'autres causes que j'appellerai volontiers banales, telles que la diarrhée, le rhumatisme, l'herpétisme. Quant aux causes déterminantes, voici, selon lui, dans quelles conditions le cathétérisme uréthral produit la fièvre : « Un homme maladif est porteur de rétrécissements annulaires, obliques, fibreux, etc.; si derrière la coarctation

la plus forte, il n'existe pas une de ces ulcérations si communes donnant naissance à un écoulement muco-purulent, le cathétérisme dilatateur ou évacuatif pourra être effectué sans inconvénients. Mais, si le contraire arrive, si la sonde, dans son passage à travers les angusties, déchire des valvules, des brides, laboure des surfaces ulcérées, végétantes, donne naissance à une légère hémorrhagie, l'accès ne tardera pas à paraître, à la condition que les urines alcalines et fétides parcourent le canal après ce cathétérisme brutal et se mettent en contact avec la muqueuse ulcérée ou déchirée. » Ainsi donc, deux conditions sont indispensables pour la production de la fièvre uréthrale : 1° alcalinité, fétidité de l'urine ; 2° déchirure, éraillure, même si légère qu'elle soit, mais dans tous les cas effraction de la muqueuse urétbrale. Laissez-moi vous dire, messieurs, pourquoi cette opinion me paraît par trop exclusive et pourtant incomplète.

Que l'on admette la nécessité d'une altération préalable de l'urine, c'est là un fait d'observation journalière qui, je le pense, ne sera contesté par aucun de vous. Nous savons tous, en effet, que l'on n'observe pas de véritables accès de fièvre uréthrale chez les gens dont la sécrétion urinaire a conservé ses caractères normaux, tandis que ces accès ne surviennent que chez les malades dont les urines sont troubles, alcalines, muco-purulentes, souvent fétides. Nous savons aussi avec quelle déplorable facilité se produit cette altération de l'urine toutes les fois qu'un obstacle quelconque rend la miction incomplète et oblige une partie du liquide à séjourner dans son réservoir ; tel est le corollaire ordinaire de la cystite, de la paralysie de la vessie, de l'hypertrophie de la prostate, des rétrécissements de l'urèthre, etc. Ce n'est donc pas sur ce point des opinions de M. Roux que porteront mes observations, mais bien sur le lieu où se fait cette absorption d'une urine préalablement altérée. Est-il possible d'admettre que ce lieu soit exclusivement, et dans tous les cas, la muqueuse uréthrale ? Je ne le pense pas. Sans doute, s'il s'agit d'un rétrécissement ancien, nous trouverons constamment, en arrière de la coarctation, une dilatation ampullaire du canal, une sorte de réservoir supplémentaire dans lequel l'urine séjourne, même après la miction la plus complète en apparence, et si nous joignons à ces conditions la décomposition ordinaire du liquide, l'altération habituelle de l'épithélium uréthral, nous n'aurons même pas besoin d'invoquer un traumatisme pour expliquer l'absorption d'éléments septiques et leur passage dans le torrent circulatoire. Mais la fréquence de ces cas n'implique pas leur universalité ; il n'y a pas que les rétrécis chez lesquels on observe la fièvre urineuse, et si nous la voyons survenir dans d'au-

tres affections des voies urinaires, alors que l'urèthre sain expulse le liquide jusqu'à la dernière goutte, pourrons-nous raisonnablement supposer que le temps très-court pendant lequel s'est opérée la miction a pu permettre l'absorption de l'urine en quantité suffisante, quelque altérée qu'elle soit. Ne convient-il pas, dans ces cas, de faire jouer un rôle important, je dirai même le rôle principal, à l'absorption qui s'opère certainement par la surface de la muqueuse vésicale? Si les expériences de Küss et de M. Jusini ont démontré que la vessie saine est revêtue d'un épithélium protecteur dont l'imperméabilité s'oppose à une absorption notable, ces mêmes expériences ont aussi fait voir que l'état alcalin de l'urine a pour action de dissoudre, de dissocier les cellules épithéliales et de dénuder le derme muqueux; celui-ci ne fût-il pas complétement mis à nu, il suffit alors du simple contact de la sonde pour produire une érosion et pour ouvrir une porte à l'empoisonnement urineux. Cette manière de voir est depuis longtemps adoptée par les chirurgiens qui placent l'origine des accidents fébriles dans l'absorption directe d'une urine altérée; citons entres autres Civiale, MM. Maisonneuve, de Saint-Germain, Reliquet, etc., Vous le voyez, messieurs, c'est bien intentionnellement et non par l'effet du hasard que M. Roux donne à ces accidents le nom de fièvre uréthrale, puisqu'il place le siége de l'absorption dans la muqueuse seule. C'est intentionnellement aussi que je voudrais voir disparaître cette dénomination pour lui substituer celle de fièvre uréthro-vésicale, ou mieux encore celle de fièvre urineuse.

Après avoir établi que les accès sont dus à l'introduction dans le sang de certains principes toxiques qui se produisent dans l'urine altérée, M. Roux se demande quels sont ces principes, et il conclut, conformément aux faits avancés par MM. Gosselin et Robin, que l'alcalinité des urines est intimement liée au développement d'organismes inférieurs, en un mot qu'il y a là une véritable fermentation. Cette fermentation, qui s'accompagne d'une remarquable production de torulacées, a, du reste, été mise hors de doute par les recherches de MM. Pasteur et Gaillon, Dumas et Van Thieghen, les premiers de ces observateurs ayant supposé que les germes pouvaient être introduits du dehors par les instruments destinés au cathétérisme. Notre confrère n'hésite pas à admettre que c'est l'absorption non point de l'urine seule, mais des ferments qu'elle contient qui cause la fièvre urineuse, de sorte qu'il considère cette fièvre comme une infection putride ou plutôt comme une infection zymotique. Cette hypothèse est parfaitement soutenable, et, s'il n'est guère possible pour le mo-

ment de l'appuyer sur des faits démontrés, il me paraît, d'autre part, bien difficile de la retorquer par des arguments irréfutables.

Quant à l'ammoniémie, « elle existe certainement, dit-il, mais le carbonate d'ammoniaque résultant de la transformation de l'urée est, à coup sûr, résorbé en trop minime quantité pour amener la fièvre ; il s'y joint évidemment un élément zymotique, le ferment putride qui a déterminé la transformation de l'urée et qui pénètre par effraction à travers la muqueuse uréthrale. »

Jusqu'ici, je ne vous ai point parlé des lésions rénales, et vous avez sans doute été surpris de cette omission, car vous savez la fréquence, j'allais dire la constance des affections concomitantes du rein, telles que la néphrite parenchymateuse et la pyélo-néphrite, dans les maladies un peu anciennes des voies urinaires. C'est qu'en effet l'auteur ne les mentionne pour ainsi dire qu'incidemment; non pas qu'il en méconnaisse l'existence et qu'il oublie la gravité des accidents urémiques qui surviennent lorsque la sécrétion rénale est troublée, mais, pour lui, les symptômes de l'urémie sont tellement tranchés qu'il est est impossible de s'y méprendre et de les confondre avec ceux de la fière urineuse.

Eh bien, messieurs, voilà encore une proposition que je ne saurais admettre. Sans doute, si vous prenez un cas d'urémie convulsive type et que vous le compariez à un accès médiocrement intense de fièvre urineuse, vous trouverez, de part et d'autre, des caractères si nettement accusés que la confusion sera impossible. Mais, à côté de la forme convulsive des accidents urémiques, n'a-t-on pas décrit les formes comateuse, délirante, cholérique, dyspnéique et peut-être d'autres encore dont les noms m'échappent. Prenez maintenant ces différentes manifestations de l'empoisonnement urémique, comparez-les à un des accès exceptionnellement graves auxquels on a justement donné l'épithète de pernicieux, et dites-moi s'il est bien facile de dire : ceci est de l'urémie, ceci est de la fièvre urineuse. Pour vous prouver que la distinction n'est pas aussi aisée à établir que M. Roux semble le croire, je n'irai pas bien loin, il me suffira de prendre un fait dans le mémoire que j'ai sous les yeux. Ce fait, le voici : « Un médecin d'un âge avancé avait l'habitude de se sonder lui-même. Un jour, après un cathétérisme un peu pénible, il se mit au bain, y fut pris d'un accès violent et mourut peu d'instants après, dans un état d'algidité cholérique ». L'auteur nous cite ce fait comme un exemple d'accès pernicieux. Pour moi, je n'y vois autre chose qu'un cas d'urémie à forme cholérique, et peut-être partagerez-vous ma façon de

penser; en tout cas, la confusion était possible. Cette réserve faite, je m'empresse de reconnaître que, la plupart du temps, la dissemblance des symptômes empêchera l'équivoque.

Si je regrette que M. Roux ait fait, dans son travail, une part si restreinte aux affections du rein, je ne crois pas, d'un autre côté, que l'on doive faire table rase de l'absorption par la muqueuse uréthro-vésicale pour rapporter uniquement aux lésions rénales et la fièvre urineuse et les accidents urémiques. Vous savez que cette théorie, admise par Barrier et par Bron, a été développée par M. Malherbe, qui la formule à peu près en ces termes : « Il y a deux parties à considérer dans les symptômes de la fièvre urémique ou fièvre urineuse, des symptômes réactionnels, dus à l'inflammation du rein, et des symptômes d'intoxication, dus à la rétention des matériaux de l'urine dans le sang. Les grands accès, analogues à ceux des fièvres palustres, correspondent aux congestions rénales intenses. La forme à type continu rémittent est due à la néphrite interstitielle. » On a attribué cette opinion à M. Guyon, mais je me crois autorisé à dire qu'il ne la partage en aucune façon. On l'attribue encore à MM. Verneuil et Dolbeau; je ne serais pas étonné de voir nos deux collègues protester contre ce qu'elle a de trop exclusif. S'il m'était permis de compléter ici le mémoire de M. Roux, comme je suis certain qu'il le ferait lui-même, je dirais, en transcrivant quelques lignes de l'excellent travail de M. Girard : Les accidents décrits sous le nom de fièvre uréthro-vésicale, intoxication urineuse, peuvent être attribués à deux causes : 1° l'accumulation dans le sang des matériaux de l'urine, par suite des lésions des acinis qui gênent ou abolissent la fonction : symptômes identiques à ceux de l'urémie dans la maladie de Bright; 2° la résorption d'uue urine malade : symptômes analogues à ceux d'un empoisonnement putride.

Mais, messieurs, votre rapporteur semble oublier qu'il a moins pour mission de vous exposer ses opinions personnelles que de vous rendre compte des opinious d'autrui. Je reviens donc au texte de M. Roux dont la dernière partie est consacrée au traitement tant curatif que prophylactique de la fièvre urineuse. Quelques mots me suffiront, d'ailleurs, pour vous en indiquer les points principaux, car les préceptes posés par l'auteur rentrent dans les règles de la pratique ordinaire.

Pour prévenir autant que possible l'apparition des accès, il recommande le traitement préalable du catarrhe vésical s'il en existe, l'emploi du bromure de potassium pour obtenir l'anesthésie temporaire de la muqueuse uréthrale, l'extrême propreté des instruments

de cathétérisme, la plus grande douceur dans les manœuvres chirurgicales, enfin l'usage du sulfate de quinine. A propos de ce dernier moyen, peut-être y aurait-il lieu de porter la question à votre tribune et de vous demander ce que vous pensez du sulfate de quinine comme agent préventif des accès de fièvre urineuse, car les avis sont encore singulièrement partagés à ce sujet, les uns considérant le sel quinique comme un préservatif presque infaillible, les autres ne lui accordant aucune valeur et le plaçant au rang des nullités thérapeutiques. Est-il besoin de vous dire que M. Roux doit être classé parmi les enthousiastes de ce médicament.

Des expériences encore trop peu nombreuses, mais qu'il se propose de continuer, semblent aussi lui avoir démontré que l'ergot de seigle, administré à la dose de 2 grammes avant le cathétérisme, constituerait un moyen préventif d'une efficacité réelle.

L'accès est-il survenu? Notre confrère a encore recours au sulfate de quinine et surtout à l'alcool, dont l'heureuse influence ne lui paraît pas contestable.

Telle est, en résumé, la substance du mémoire de M. Roux. Si j'avais voulu me borner à le louer, ma tâche eût été des plus faciles; il m'eût suffi de relever, à chaque page, maint passage prouvant que, si l'auteur a beaucoup appris, il sait aussi bien observer et judicieusement conclure. Mais l'éloge de M. Roux n'est point à faire auprès de vous.

J'ai préféré, à propos de ce travail, appeler votre attention sur un des points certainement les plus intéressants de la pathologie des voies urinaires et provoquer ici une discussion qui, je l'espère, ne sera pas sans profit pour la thérapeutique chirurgicale.

Enfin, messieurs, et comme il faut une conclusion à tout, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer très-honorablement dans vos archives le mémoire dont je viens de vous donner un aperçu;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur et de lui tenir grand compte de ce travail, qui, ajouté aux observations qu'il vous a déjà communiquées, ainsi qu'à ses nombreuses publications, lui constituent des titres sérieux à l'une de vos places de membre correspondant national.

DISCUSSION

M. VERNEUIL. Il serait à désirer qu'on en terminât, au sein de la société, avec la fièvre dite uréthrale. Puisque la société désire que

cette question soit ajournée à une prochaine séance pour être traitée à fond, je me borne à déclarer aujourd'hui que, bien que partisan absolu de la théorie de la néphrite, je ne voudrais pas qu'on m'attribuât une paternité quelconque pour cette théorie que je n'ai fait absolument que vérifier.

M. Verneuil, M. Duplay, M. Demarquay demandent à être inscrits à l'avance comme devant prendre part à cette discussion.

(Les conclusions de M. Paulet sont adoptées.)

RAPPORT

De la ponction dans la réduction des hernies. — M. LABBÉ. Chargé d'un rapport verbal sur un travail de M. Ollivier (de Rouen), composé de deux observations relatives à la ponction appliquée à la réduction des hernies, je commence par constater le grand intérêt que présentent ces deux faits. Le premier nous montre une hernie étranglée depuis vingt-quatre heures. Le chloroforme est administré, et le taxis tenté. La réduction ne se fait pas, et le chloroforme vient à manquer.

D'un commun accord, M. Ollivier et son confrère remettent au lendemain une nouvelle intervention. A ce propos, je ferai observer qu'une règle absolue devrait être posée pour le traitement des hernies étranglées, règle que je formulerai ainsi : Le chirurgien ne doit pas quitter le malade que, par un moyen quelconque, la hernie ne soit réduite. Si cette pratique avait été suivie dans le cas actuel, et si la kélotomie avait été faite après vingt-quatre heures au lieu de quarante-huit heures, la mort ne serait peut-être pas survenue.

Quoi qu'il en soit, le lendemain, de nouvelles tentatives infructueuses sont faites. Une ponction permet d'obtenir quelques cuillerées à bouche d'un liquide brunâtre. Après quoi, on essaye de nouveau la réduction; et comme celle-ci ne peut être réalisée, la kélotomie est pratiquée. On trouve l'intestin enflammé, couvert de fausses membranes, et le mésentère tordu sur lui-même, circonstance très-favorable, comme on sait, à la production de la gangrène. La mort survient sept à huit heures après.

Qu'on se range ou qu'on ne se range pas à l'opinion de M. Ollivier qui, discutant les causes de cette mort rapide, conclut à la non-existence de la péritonite, on ne peut nier que ce fait ne soit défavorable à la ponction, laquelle a cependant donné dans d'autres cas d'excellents résultats, mais à la condition expresse d'être pratiquée de bonne

heure, c'est-à-dire lorsque les tuniques intestinales peuvent revenir sur elles-mêmes, et obturer, par cela même, les ouvertures qu'a créées l'aiguille ou le trocart.

La deuxième observation a trait à une hernie ombilicale volumineuse étranglée depuis quinze à dix-huit heures.

Le malade ayant une maladie organique du cœur, M. Ollivier ne voulut pas employer le chloroforme. Considérant que la tumeur herniaire se divisait en deux lobes, l'un rouge, l'autre de coloration normale, il eut l'idée de chercher la transparence, et la trouva très-nettement dans le lobe sain. Il fit la ponction du sac, obtint ainsi un grand verre à bordeaux de liquide, et réduisit avec une grande facilité. Cette manière de procéder est assez rare; je me souviens pourtant, étant de passage à Rennes, en 1865, avoir vu M. Dayot opérer de la sorte une tumeur inguinale étranglée. Je propose d'adresser des remercîments à l'auteur, de publier au *Bulletin* la deuxième observation et de l'inscrire en rang honorable au nombre des candidats à la place de membre correspondant.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je voudrais qu'on publiât surtout l'observation n° 1, laquelle est féconde en enseignements. Il est bon, en effet, de compter les cas dans lesquels la ponction échoue. Je me suis élevé contre cette pratique en me plaignant de ce que les observations ne fussent pas intégralement communiquées; je crois qu'en effet il faut opérer la hernie étranglée le plus tôt possible, et qu'au-delà de douze heures pour les petites hernies, on perd absolument son temps à faire autre chose que la kélotomie.

M. LABBÉ. Le temps véritablement perdu serait celui que nous pourrions consacrer avec M. Després à une discussion stérile. Je répéte que, pour moi, la règle immuable est qu'il ne faut quitter le malade qu'après la réduction de la hernie. Quant à tenter immédiatement la kélotomie, c'est un droit que l'on n'a pas; et l'on est parfaitement autorisé à faire la ponction, surtout quand on songe à l'ouverture insignifiante que laisse la canule n° 1 de l'appareil Dieulafoy ou Potain dans un intestin étranglé depuis quelques heures et revenant parfaitement sur lui-même.

M. LE FORT. Je ne puis laisser passer saus protester contre elle la règle énoncée par M. Labbé. Ce serait vouloir obliger, dans certains cas, le chirurgien à élire domicile chez son client durant trois ou quatre jours.

M. DESPRÈS. J'insiste sur ce fait que lorsqu'on fait la ponction du sac, c'est dans le but de faire le taxis : or, comme dans certains cas, cette réduction est impossible, je maintiens que l'on perd absolument son temps, et qu'en malaxant ainsi un intestin, on aggrave le pronostic de la kélotomie. C'est ainsi que la statistique des kélotomies dans les hôpitaux est devenue aussi déplorable.

M. LABBÉ. Un pareil système nous amène à proscrire le simple taxis ; je conviens que, pour les cas de hernies très-volumineuses, on peut attendre quelque temps ; mais pour les hernies étranglées types, on devra toujours commencer par le taxis simple d'abord prolongé, et ensuite aidé de l'administration du chloroforme.

M. LE FORT. J'accepterais volontiers la règle posée par M. Labbé pour ce qui a trait à la hernie crurale. Dans ces conditions, je la crois excellente ; mais je ne puis l'accepter pour les hernies inguinales.

Les conclusions de M. le rapporteur sont adoptées, à savoir le renvoi aux archives de la première observation et l'insertion au *Bulletin* de la deuxième.

Hernie ombilicale intestinale étranglée ; ponction du sac ; réduction, par M. Ollivier (de Rouen). — L'étranglement des hernies ombilicales, rare, suivant M. Gosselin, présente aussi une plus grande gravité que l'étranglement des hernies des autres régions, parce que les lésions de l'intestin marchent plus vite, et que l'opération est beaucoup plus rarement suivie de succès que dans les hernies inguinales et crurales. (*Leç. sur les hernies*, rec. par M. L. Labbé, Paris, 1865, p. 452 et suiv.) Aussi, sans nous ranger à l'opinion de M. Huguier qui proposait d'abandonner la maladie à elle-même, pensons-nous qu'il faut, avant d'en venir au débridement, essayer d'abord le taxis suivant les règles qu'a formulées M. Gosselin. Si le taxis est insuffisant ou dangereux, comme dans l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter, la ponction capillaire du sac ou même de l'intestin qui a réussi à M. Demarquay dans un cas de hernie congénitale étranglée (*Académie de médecine*, 21 mai 1872), devra être faite avant d'en arriver à la ressource ultime, la kélotomie. Voici, du reste, mon observation, dans laquelle il m'a suffi d'évacuer avec un trocart explorateur ordinaire la sérosité accumulée dans le sac pour réussir alors avec le taxis prolongé pendant vingt-cinq minutes à réduire une hernie ombilicale intestinale étranglée depuis trente-quatre-heures.

C'était chez une femme H..., âgée de soixante et un ans, atteinte depuis un temps indéterminé d'une affection du cœur caractérisée par le pouls petit, irrégulier, intermittent, avec irrégularités et intermittences au cœur, sans souffle véritable, et une anasarque pour laquelle elle avait été soignée à plusieurs reprises par M. le docteur Bedoin.

Elle porte depuis six mois environ, à ce que nous dit son mari, une hernie ombilicale facilement réductible, et dans la cavité de laquelle s'accumulait souvent la sérosité de l'ascite. Le 17 octobre 1872, au matin, dans un effort, elle sort tout à coup plus grosse que d'habitude et ne peut être réduite par la malade. Il survient en même temps des vomissements qui se continuent tout le jour et la nuit suivante, vomissements bilieux, non stercoraux. A partir de ce moment, les selles sont supprimées ; M. Bedoin, appelé le soir, prescrit une dose d'huile de ricin, et de la glace sur la tumeur, et en présence de la tension et de l'aspect violacé de la peau qui la recouvre, ne pratique pas le taxis. L'huile de ricin et tout ce que prend la malade est rejeté par le vomissement, et la constipation persiste.

Je vois la malade avec M. Bedoin, le 18 octobre, à quatre heures du soir. Le facies n'est pas altéré, la constipation persiste, il y a du hoquet, des envies de vomir à peu près continuelles, sans que la malade vomisse devant nous. T. A. 36 2/5, P. 84 irrégulier et présentant tous les caractères de l'affection cardiaque reconnue par M. Bedoin. Dans le ventre ascite très-appréciable ; un peu d'œdème aux malléoles.

Au niveau de l'ombilic, tumeur du volume d'une petite orange à peu près, aplatie et présentant un pédicule de 3 centimètres de diamètre environ, séparée à sa face libre en deux portions par un sillon superficiel, curviligne, oblique en bas et à gauche.

La peau est violacée dans une grande étendue de la tumeur, surtout à gauche de ce sillon, très-tendue, luisante, prête à se rompre et le siége de plusieurs petites ulcérations grandes comme une tête d'épingle, laissant suinter de la sérosité sanguinolente. Elle est moins altérée dans la portion de la tumeur située à droite du sillon. Mate dans toute son étendue à peu près également, elle nous présente, par l'examen à la bougie, une transparence très-appréciable à gauche, nulle à droite. Essayer le taxis dans de pareilles conditions, c'était rompre à coup sûr la peau sans chance de réduire la tumeur.

Il fut, après examen minutieux, décidé entre nous qu'avant d'en arriver au débridement, une ponction serait faite pour évacuer le liquide qui nous paraissait nettement circonscrit dans la portion

gauche de la tumeur, diminuer par là la tension de la peau, et alors pratiquer le taxis, sans chloroforme.

J'enfonçai un trocart explorateur dans une portion parfaitement saine de la peau à gauche du sillon, et j'obtins ainsi un verre à madère de sérosité légèrement sanguinolente, surtout dans ses dernières portions.

La partie gauche de la tumeur s'affaissa, mais la partie droite resta dans le même état. J'essayai alors le taxis très-doucement, et, dès les premières tentatives, je sentis une petite portion d'intestin rentrer dans le ventre; en même temps la peau devint moins tendue. Les manœuvres de taxis reprises aussitôt restèrent quelque temps sans résultat nouveau, puis amenèrent, après vingt-cinq minutes de pressions, doucement d'abord, puis assez énergiquement soutenues, la réduction de la tumeur tout entière. Je sentis au commencement un peu de gargouillement, puis la tumeur se réduisit peu à peu en donnant lieu à une sorte de frottement, produit, m'a-t-il semblé, par le passage lent du contenu de l'intestin et de l'intestin lui-même à travers un orifice arrondi et qui pouvait après la réduction, admettre l'extrémité de l'index. Pendant le taxis, la tumeur resta élastique et ne présenta à aucun moment la consistance pâteuse que donne l'épiploon quand il existe dans une hernie. La malade rendit un peu de matières pendant que nous étions encore près d'elle. Un lavement purgatif amena plusieurs selles abondantes dans la nuit. Il n'y eut plus de vomissements, mais le hoquet continua pendant la nuit; elle garda des bouillons et de l'eau de Seltz.

Comme bandage, nous lui appliquâmes sur l'orifice un bouchon de cire blanche qui fut maintenu avec une plaque de diachylon recouvert de quelques mouchoirs pliés en quatre, et enfin par-dessus un bandage de corps.

19 *à 4 heures*. T. 37 2/3 P. 88. La malade se sent bien, elle a dormi dans la journée. Nous ôtons le bandage, qui est remplacé par un tampon de ouate, soutenu par un bandage de corps.

A dater de ce moment, la malade va de mieux en mieux, et le mari, que je vois le 28 octobre, me dit qu'elle se lève et se trouve maintenant dans l'état où elle était avant son accident.

En résumé, nous nous sommes trouvés en présence d'une hernie ombilicale habituellement contenue, sortant tout à coup plus volumineuse que d'habitude et donnant lieu, dès le moment de son apparition, à une constipation complète et à des vomissements qui se prolongent pendant trente-quatre heures, sans avoir présenté l'aspect stercoral. Nous avions évidemment affaire à un étranglement contre

lequel le taxis ne pouvait être employé immédiatement au moins, la peau était tendue à se rompre, violacée et le siége de plusieurs petites ulcérations. De plus, la maladie du cœur très-avancée de la malade nous défendait l'emploi du chloroforme, il fallait donc ou débrider immédiatement ou aviser à rendre le taxis praticable. Comme l'examen nous démontrait dans la tumeur une quantité de liquide assez notable, nous pensâmes à soustraire ce liquide par une ponction, à diminuer ainsi la tension de la peau et, par suite, les dangers du taxis. Nos efforts ont été couronnés de succès, et nous croyons avoir été de cette façon grandement utile à la malade, en lui épargnaut la télotomie ou même la ponction de l'intestiu.

Le liquide soustrait était légèrement sanguinolent; il ne se coagula pas spontanément, mais se prit en masse par la chaleur. Ce liquide était-il dans la poche au moment où l'intestin s'y est précipité ? Il est probable au moins qu'il y en avait une certaine quantité, comme cela arrivait souvent, d'après le dire de la malade; de plus il est difficile d'admettre qu'en trente-quatre heures la tension eût pu devenir aussi grande, si le liquide n'y eût été exhalé qu'après coup, cette tension s'opposant elle-même à l'accumulation d'une plus grande quantité de liquide; enfin le caractère purement albumineux du liquide vient encore à l'appui de cette opinion. Quant à la portion d'intestin étranglée, il nous a paru, à cause du ballonnement uniforme du ventre et de quelques bosselures existant à la surface de la tumeur, que c'était une anse du colon transverse.

COMMUNICATION

M. LANNELONGUE fait une communication relative à une observation adressée par M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand).

DISCUSSION

M. DUBRUEIL. Je tiens à faire ressortir tout l'intérêt de cette communication, qui confirme la luxation médio-tarsienne. Déjà M. Chassaignac en a présenté une à peu près analogue, mais avec un délabrement considérable. M. Richet également et moi-même avons montré à l'École pratique la production de cette luxation, à laquelle j'avais donné le nom de pré-astragalienne.

M. DESPRÈS. M. Lannelongue a omis un fait que j'ai présenté il y a environ deux aus. Il aurait vu, dans l'exposé de cette observation, qu'il y a une cause d'irréductibilité considérable dans l'interposition

des tendons extenseurs entre les surfaces articulaires. Cette pièce, déposée au musée Dupuytren, est aussi concluante que possible, puisque la réduction même sur le cadavre était absolument impraticable.

M. SÉE. Les lésions analogues à celles que nous présente la pièce de M. Fredet ne sont pas extrêmement rares. Pour ma part, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en observer de semblables, et chez un de mes malades elles donnèrent lieu à des accidents très-graves, la peau soulevée par la tête de l'astragale s'étant mortifiée, ce qui entraîna la suppuration des articulations tarsiennes. De grands efforts de réduction faits sous l'influence du chloroforme étaient restés infructueux, et, comme M. Lannelongue, j'avais exercé une forte traction sur l'avant-pied, en même temps que je refoulais directement la tête de l'astragale. La guérison fut excessivement longue à obtenir, et il resta une déformation du pied et de la claudication.

Un point qui me paraît devoir être mis en relief est celui qui est relatif à l'étiologie de ce genre de luxations. Le pied représentant une voûte, et les principaux ligaments du torse se trouvant à la face plantaire, toute pression agissant de haut en bas produit une tension de ces ligaments, et tend à écraser ou à disjoindre les diverses pièces de la voûte, qui ne peuvent que s'échapper par en haut. La mobilité de l'articulation astragalo-scaphoïdienne et la faiblesse de ses ligaments dorsaux expliquent pourquoi cette articulation est plus souvent le siége du déplacement auquel s'oppose efficacement, à l'état normal, le puissant ligament interrosseux qui unit l'astragale au calcanéum.

Ce mécanisme de la production des luxations présente cette particularité singulière qu'une force agissant de haut en bas, telle qu'une chute sur la plante des pieds, tend à produire un déplacement de l'astragale en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut.

M. LANNELONGUE. M. Sée me permettra de lui faire observer que le mécanisme qu'il vient de nous décrire est loin d'être adopté par tout le monde. M. Broca ne veut pas d'autre mécanisme qu'uue rotation de l'avant-pied de dehors en dedans. M. Sée veut que l'élément principal soit fondé sur le ligament plantaire. Mais ce ligament n'est pas seul, il est, de plus, trop mince pour le rôle qu'il lui attribue et que remplirait beaucoup mieux l'énorme corde tendineuse appelée ligament calcanéo-cuboïdien considérée comme la clef de la jointure médio-tarsienne. D'ailleurs, M. Sée ne nous explique pas pourquoi la luxation produite par le mécanisme décrit par lui ne se réduit pas. Je dirai à M. Desprès que je n'ai pas eu connaissance de

son fait; mais il s'agissait, dans tous les cas, d'une luxation complète, et comme il s'agissait d'une luxation récente, je ne comprends pas comment les tendons extenseurs pouvaient par leur interposition, faire obstacle à la réduction. Dans le cas de M. Fredet, les tendons étaient à leur place et ne gênaient en quoi que ce fût les manœuvres.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. VERNEUIL. Je tiens à présenter un malade que j'ai montré à la société il y a quelque temps. Il avait, comme plusieurs membres de la société peuvent s'en souvenir, une énorme tumeur recouvrant la voûte palatine et présentant l'aspect d'une tumeur érectile. Je l'ai traité par le fer rouge, et j'ai réussi à détruire une grande partie de la masse. Je continuais ce système de traitement, quand je me trouvai un jour en face d'une petite masse arrondie, rougeâtre, paraissant plongée dans une cavité. Cette petite tumeur une fois réséquée, je pénétrai dans le sinus sphénoïdal, je ne parle que pour mémoire d'une petite hémorrhagie qui s'ensuivit. Je pus alors déterminer facilement les insertions de ce polype. L'apophyse basilaire était parfaitement libre, et l'insertion se faisait nettement sur la face inférieure du sphénoïde et sur une portion de l'apophyse pterygoïde gauche; de là, le polype pénétrait dans le tissu sphénoïdal. Aussi, dans la crainte de pénétrer dans la cavité crânienne, suis-je d'avis de laisser le malade tranquille. Il arrive à un âge où la diminution de ces sortes de tumeur est fréquente, et la paroi du sinus sphénoïdal ne m'inspire pas une grande confiance. Aussi dans la crainte de provoquer une méningite traumatique, proposerai-je tout au plus le fer rouge en cas de repullulation.

M. GUYON. Je rappellerai à la société que j'ai eu l'occasion de lui donner l'observation de trois malades chez lesquels un coussinet épais était resté sur l'apophyse basilaire sans le moindre inconvénient. Aussi, puisque M. Verneuil demande l'avis de ses collègues, lui donnerai-je le conseil de rester dans le *statu quo*.

M. CRUVEILHIER fait observer très-incidemment qu'il a dans son service deux polypes naso-pharyngiens, et que l'un d'eux, opéré par le galvano-cautère, a donné lieu à une forte hémorrhagie.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. CRUVEILHIER présente une seringue à injections hypodermiques, dont le tube non calibré permet un remplacement facile et peu coûteux.

LECTURE

M. ABEILLE donne lecture du mémoire dont il est question dans la correspondance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* et les *Mémoires de l'Académie royale de Belgique*.

3° Une lettre par laquelle la société est informée de la mort de M. Bardinet (de Limoges), membre correspondant.

M. RIZZOLI, membre correspondant, adresse un mémoire imprimé ayant pour titre : *De l'anus vulvaire et de quelques fistules recto-vulvaires et recto-vaginales et de leur traitement.*

RAPPORT

M. BLOT lit un rapport sur une observation de M. Calmeille (de Guindon), relative à une tumeur du col utérin :

Messieurs, le 28 octobre 1874, vous avez chargé une commission, composée de MM. Horteloup, Verneuil et Blot, de vous faire un rapport sur une observation de tumeur utérine adressée à la société par M. le docteur Calmeille (de Guindon).

Je viens aujourd'hui, en qualité de rapporteur de cette commission, vous rendre compte de cette observation.

Je commencerai par en donner une analyse substantielle, quoique

abrégée ; j'y joindrai ensuite les quelques réflexions qu'elle m'a suggérées.

Tumeur pédiculée faisant saillie à la vulve au moment de l'accouchement. — *Femme multipare de quarante-quatre ans (quatrième accouchement).* — Jamais aucune affection utérine ; ses quatre grossesses n'ont rien présenté d'anormal, et les suites de couches ont toujours été régulières.

Le travail durait depuis vingt-sept heures quand la sage-femme arriva auprès de la malade.

Au lieu d'une partie fœtale, la sage-femme constate, à la vulve, une *tumeur charnue*, d'un *rouge livide, consistante* et cependant *dépressible*.

Au dessus de la tumeur, une tête en O. J. G. P.

La tumeur est refoulée sur le côté du vagin, et la tête finit par se dégager. Ce dégagement fut assez rapide, grâce à de fortes contractions utérines. Quelques légères tractions suffirent à extraire le fœtus tout entier vivant.

La délivrance était opérée quand le docteur Calmeille arriva auprès de la malade.

Entre les cuisses pend une tumeur piriforme du volume d'une tête fœtale et *ayant l'aspect du placenta vu par sa face interne. Un pédicule volumineux.* L'indicateur, introduit derrière ce pédicule, ne peut atteindre le col utérin. Par la face antérieure du pédicule. M. Calmeille ne peut pas déterminer le point précis d'implantation Cependant il lui semble qu'il a pour origine la lèvre antérieure du col. Il diagnostique un *polype vasculaire*.

Le placenta, examiné, n'offre rien de particulier ; il est entier.

L'état de la malade était bon. Pouls à 90. Quelques tranchées. Utérus bien rétracté.

Une exploration nouvelle, faite par notre confrère et un autre médecin, ne put permettre de constater rien autre chose que la continuation avec la lèvre antérieure du col utérin.

Une sonde, introduite dans l'urèthre, pénètre assez facilement dans la vessie, dont on voit s'écouler un peu d'urine.

On résolut d'extirper la tumeur. Un fil ciré fut placé autour du pédicule, on le serra au moyen d'un bâtonnet. Le tout ainsi disposé, on serra, chaque jour, un peu plus fortement les fils. Des linges imbibés d'acide phénique furent placés sur la tumeur.

Alimentation : vin vieux, ergotine à l'intérieur. Écoulement lochial régulier. Nouveaux mouvements de torsion. Quelques douleurs se

prolongeant dans le flanc gauche. Établissement de la sécrétion laiteuse le quatrième jour.

Le cinquième jour, l'état général étant excellent, le pédicule n'offrant plus qu'un volume égal à celui du petit doigt, le fil constricteur est détordu et remplacé par un fil de laiton, qui est tordu au moyen d'un petit étau. Bientôt le fil de laiton se contourna sur lui-même sans opérer de nouvelle constriction sur le pédicule de la tumeur.

Comme la femme était très-fatiguée, on enleva le fil de laiton, et l'on replaça la malade dans son lit, où elle dormit pendant trois heures.

Après ce repos, une ficelle solide de fouet, passée dans deux pièces de cinquante centimes et deux rondelles de cuir, préalablement percées de trous, fut placée sur le pédicule ainsi réduit, les deux chefs introduits dans une canule du trocard, et, avec l'étau, on fit de nouvelles torsions. La ficelle se rompit. Une deuxième fut appliquée de la même façon, et, cette fois, la section complète fut opérée.

Cette dernière séance dura une vingtaine de minutes : il n'y eut pas la moindre hémorrhagie.

La tumeur, incisée longitudinalement, était solide et pleine, une membrane muqueuse en tapissait la surface extérieure. Cette membrane était fortement adhérente au tissu sous-jacent formé de fibres entre-croisées, très-denses, très-résistantes, sillonnées par de nombreux vaisseaux.

La nuit et la journée qui suivirent furent très-bonnes. Il n'y eut aucune réaction fébrile. (Potion avec 2 grammes d'ergotine.)

Le quinzième jour de l'accouchement. — Frissons, pouls à 104.

Le seizième jour. — Douleur vive dans le mollet, un peu d'œdème du membre douloureux (onguent napolitain, bi-carbonate de soude dans de la tisane de chiendent), purgatif. L'œdème augmente pendant les trois jours suivants, puis il diminue et disparaît complétement. L'appétit revient, mais bientôt l'œdème reparaît.

Au vingt-deuxième jour, tout a disparu.

Examen au spéculum : le vagin est libre ; la paroi antérieure du col présente une excavation au-dessus de laquelle existe les restes du pédicule.

Au trente-deuxième jour, col refermé, consistant, avec tuméfaction de toute la lèvre antérieure. Réflexions.

Notre confrère pense qu'il existait avant la conception une tumeur pédiculée qui a pénétré dans la matrice et s'y est développée en même temps que l'œuf.

Notre confrère s'étonne que la grossesse n'ait point été interrompue par la présence de cette tumeur dans le col, et que l'accouchement prématuré n'en ait point été la conséquence.

Nous croyons, d'après les faits analogues qui existent dans la science, que notre confrère a eu affaire là à un de ces cas d'*hypertrophie de la lèvre antérieure du col utérin* avec œdème volumineux et vascularisation.

La tumeur, plongée dans l'acide phénique étendue, pesait à peu près 700 grammes. Elle avait pris une couleur rougeâtre due à sa macération dans le liquide conservateur fortement chargé de sang que la tumeur y avait lentement dégorgé.

De consistance molle, elle offrait une texture très-lâche, et lorsqu'on venait à la regarder de près, elle présentait un grand nombre d'orifices vasculaires.

Un morceau très-mince a été placé dans de l'alcool absolu. Des coupes traitées par le carminate d'ammoniaque ont nettement démontré tous les caractères d'un fibrome mou vasculaire ; nombreux faisceaux de fibrilles de tissu conjonctif très-lâches, faciles à dissocier, très-peu de fibres élastiques, orifices veineux très-larges et très-multipliés.

Tels sont, dans leur ensemble, les principales parties constituantes de la tumeur.

Cette dernière interprétation rend très-simple et très-facile à comprendre la marche naturelle de la grossesse jusqu'au terme. Elle s'accorde, d'ailleurs, aussi avec les phénomènes qui ont été observés pendant l'accouchement.

L'examen histologique de la tumeur confirme, d'ailleurs, cette opinion.

En effet, un fait presque semblable a été observé par nous chez une jeune femme de Paris, il y a une quinzaine d'années.

Quand nous fûmes appelés pour terminer l'accouchement, qui languissait depuis de longues heures, nous trouvâmes à la vulve une tumeur entièrement semblable à celle observée par M. Calmeille ; une application de forceps permit d'extraire la tête sans de trop grandes difficultés. Après la naissance de l'enfant, la tumeur, qui faisait corps avec la lèvre antérieure, rentra dans le vagin, où elle s'atrophia spontanément, au point que, un mois après l'accouchement, elle ne pouvait plus être reconnue qu'au volume un peu plus considérable de la lèvre antérieure.

Aucune opération chirurgicale ne fut pratiquée, et le travail naturel

d'atrophie qui suit la délivrance suffit à la faire disparaître presque complétement.

Une erreur qui a été commise dans des cas analogues a consisté à prendre cette hypertrophie œdémateuse avec vascularisation pour une portion de placenta, sur lequel on a fait des tentatives infructueuses d'extraction qui, dans certains cas, ont été suivies d'accidents inflammatoires du côté de l'utérus et du péritoine.

En résumé, l'observation de M. Calmeille nous paraît devoir se rapporter à un cas d'œdème de la lèvre antérieure plus ou moins hypertrophiée. La conduite de notre confrère a été très-sage et très-prudente ; mais peut-être aurait-il pu se dispenser d'enlever la tumeur. En général, il nous paraît plus sage, dans ces cas, d'attendre que le travail de régression nutritive qui se fait dans l'utérus après l'accouchement, ait produit tout ce qu'il peut produire.

Le plus souvent, il suffirait à amener la guérison complète, et si, contrairement au fait que j'ai observé moi-même, la lèvre antérieure conservait un volume capable de gêner et de troubler les fonctions, on serait toujours à même d'en pratiquer l'ablation, alors que son tissu aurait subi des modifications importantes, grâce auxquelles l'opération serait rendue, sinon toutefois bénigne, au moins beaucoup moins dangereuses, tant au point de vue des accidents immédiats (hémorrhagie) qu'au point de vue des accidents consécutifs (résorption purulente, phlébite, etc.).

Quoiqu'il en soit, l'observation de M. Calmeille nous semble intéressante, et nous croyons devoir proposer : 1° d'en insérer un résumé dans nos *Bulletins;* 2° d'adresser à notre honorable confrère une lettre de remercîments pour son intéressante communication.

DISCUSSION

M. GUÉNIOT partage l'opinion de M. Blot en ce qui concerne l'intervention tardive du chirurgien dans les cas d'hypertrophie considérable du col avec œdème. Mais il ne saurait admettre qu'il s'agit d'une semblable lésion dans l'observation de M. Calmeille. Après l'ablation de la tumeur, le col fut trouvé volumineux et la lèvre antérieure reconstituée. M. Guéniot croit qu'il y avait là un polype fibreux, à large pédicule, inséré sur le col ou dans son intérieur, ce genre de tumeurs n'empêche nullement la grossesse d'arriver à terme. Quant à l'hypertrophie du col, elle lui semble peu susceptible de s'exagérer au point de donner lieu à la production d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus.

M. FORGET s'étonne du rapprochement établi par M. Blot entre la tumeur de M. Calmeille et celle qu'il a observée lui-même. Un tissu œdématié aurait moins résisté, d'après lui, à l'action des ligatures, et, après l'opération, on n'aurait pas trouvé la lèvre antérieure intacte. L'exploration a fait constater qu'il existait, au-dessus de la lèvre antérieure, une excavation qui semble marquer l'insertion de la tumeur.

M. Forget admettrait difficilement que cette tumeur, dont la perte lui paraît regrettable, ne fût pas un corps fibreux ou un polype fibreux. Il rappelle que ces productions morbides sont recouvertes par une muqueuse dont l'aspect est souvent semblable à celui de la surface du placenta.

M. VERNEUIL regrette également que la pièce ait été égarée. Mais comme il l'a eue entre les mains, il a été en mesure de l'examiner; or il partage complétement l'avis de M. Calmeille et du rapporteur, relativement à sa nature. C'était une masse mollasse, qui ne ressemblait en rien à un polype fibreux. M. Verneuil ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune femme morte à la fin de la grossesse, trouva à l'entrée du vagin une tumeur molle, fluctuante, tremblotante et d'un volume énorme ; il put constater qu'elle était constituée par la lèvre antérieure du col. Il a peine à croire qu'un polype fibreux puisse jamais prendre cette apparence. Dans l'observation de M. Calmeille, le pédicule avait de 7 à 8 centimètres de circonférence.

M. BLOT n'a porté un jugement qu'en se basant sur les faits qu'il a observés. Les polypes peuvent se ramollir pendant la grossesse, mais non subir des modifications telles qu'ils deviendraient comparables à *du tissu placentaire*, comme dit M. Calmeille. Dans le cas observé par M. Blot, l'hypertrophie de la lèvre antérieure du col, existant probablement dès avant la grossesse, avait pris, sous l'influence de cette dernière, l'aspect si bien décrit par l'auteur. Les opérations qu'on pratique dans ces conditions offrent un danger en raison de la vascularité plus grande des parties génitales pendant la gestation. D'ailleurs la résorption atrophique qui s'opère après l'accouchement permet d'espérer que la tumeur disparaîtra spontanément. Il convient donc d'attendre deux ou trois mois, et si les efforts de la nature ne suffisent pas à procurer la guérison, l'intervention du chirurgien peut alors s'exercer avec beaucoup plus de chances de succès.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

RAPPORT

M. PAULET lit le rapport suivant sur le prix Laborie :

Messieurs, la commission que vous avez chargée d'examiner, cette année, les travaux adressés à la Société de chirurgie pour concourir au prix Laborie, a dû prendre connaissance de six mémoires, nombre relativement élevé, si nous le comparons à celui des années précédentes et qui, nous l'espérons, deviendra plus considérable encore par la suite.

Je dois aujourd'hui vous donner une analyse résumée de ces différents travaux et vous exposer les raisons sur lesquelles s'est appuyée votre commission pour motiver des conclusions que j'aurai l'honneur de vous soumettre en terminant ce rapport.

Le mémoire n° 1 porte pour titre : *Contribution à l'histoire des luxations de l'extrémité supérieure du radius*, et pour épigraphe : *Ars tota in observationibus*. Si l'on excepte quelques considérations préliminaires sur l'anatomie des articulations radio-cubitale supérieure et radio-humérale — considérations en tout conformes, du reste, à ce qu'ont écrit les auteurs classiques — on constate que ce mémoire est uniquement constitué par une suite de huit observations, intéressantes sans aucun doute, mais qui ne suffisent pas, à notre avis, pour former à elles seules une œuvre complète et capable de rallier vos suffrages. En vérité, l'on peut dire de cette petite collection de faits ce que l'épigraphe dit de la médecine en général : *Tota in observationibus*, et l'on se prend à regretter l'absence de quelques aperçus critiques, de quelques vues synthétiques qui eussent relié entre elles ces observations isolées et en eussent fait un chapitre de pathologie à la fois original et bien coordonné. Quoi qu'il en soit, votre commission vous signale comme particulièrement intéressante une observation de luxation de l'extrémité supérieure du radius en dehors, fait remarquable autant à cause de sa rareté que du soin minutieux avec lequel les diverses circonstances paraissent en avoir été notées.

Il convient peut-être de n'accepter que sous toute réserve quelques exemples de luxations incomplètes de l'extrémité supérieure du radius en arrière. Pour en établir le diagnostic, l'auteur s'appuie sur un travail déjà ancien de Goyrand, travail cité dans tous nos traités de chirurgie, et duquel il résulte que cette espèce de luxation se produit ordinairement chez les enfants que l'on soulève par la main en même temps qu'on porte cette main dans la pronation forcée. Or, mes-

sieurs, l'auteur semble ignorer que, dans un travail postérieur au précédent (il y a quinze ans environ) Goyrand lui-même est revenu sur sa première opinion, et qu'il a attribué les accidents survenus en pareil cas, non plus à une subluxation de l'extrémité supérieure du radius, mais à un déplacement du fibro-cartilage triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure. Cette dernière interprétation du chirurgien d'Aix valait au moins la peine d'être discutée. En somme, huit observations, dont une bonne et plusieurs contestables, tel est le bilan de ce premier mémoire.

Le mémoire n° 2 est intitulé : *Étude sur la môle hydatoïde;* il porte pour épigraphe cette phrase empruntée à Montaigne : « Ce n'est pas assez de compter les expériences, il les faut peser et assortir, il les faut avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et les conclusions. » S'appuyant sur trois observations qui lui sont personnelles, l'auteur cherche à démontrer que la môle hydatoïde n'est pas constituée, comme on l'admet généralement, par une hydropisie des villosités choriales, mais par des kystes développés dans l'épaisseur de la caduque, celle-ci étant modifiée quelquefois dans ses dimensions, toujours dans sa texture. Les faits qu'il a eu l'occasion d'observer lui permettent d'affirmer : 1° que les vésicules, dans leur groupement, ne présentent pas la disposition rameuse des villosités; 2° que ces vésicules ne siégent pas, en général, sur la face extérieure de l'œuf, sur le chorion, mais qu'elles sont pendantes dans la cavité utérine et situées sur une membrane qui tapisse le plus souvent les parois de l'utérus, quelquefois aussi la surface de l'œuf, en un mot, sur la caduque. Comme vous le voyez, il y a là tout une nouvelle théorie en germe, et l'auteur n'est pas de ceux qui se contentent de suivre les sentiers déjà battus. Ces trois cas, d'ailleurs, peu comparables entre eux et incomplétement observés, puisque l'examen microscopique fait entièrement défaut, ces trois cas suffiront-ils pour renverser les idées universellement adoptées et pour détruire l'ancienne théorie basée sur l'étude approfondie d'un très-grand nombre de pièces? Cela paraît au moins douteux. Peut-être des observations ultérieures viendront-elles apporter un nouvel appoint aux vues de l'auteur, et prouver que les choses peuvent quelquefois se passer comme il le dit; mais, jusque-là, rien n'autorise à considérer ses arguments comme décisifs.

Tout en faisant ces réflexions, votre commision n'hésite pas à vous déclarer que l'étude sur la môle hydatoïde est un travail fort recommandable, riche en recherches bibliographiques, traité avec un incontestable soin et dans son ensemble et dans ses moindres détails,

œuvre d'un esprit original, d'un habile praticien et d'un écrivain souvent élégant, toujours correct et lucide.

Étude sur les cals douloureux, tel est le titre du mémoire nº 3 dont l'épigraphe, empruntée à Descartes, suffirait à rendre fier plus d'un membre du corps médical : « Si l'espèce humaine peut être perfectionnée, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens.» Les cals douloureux ! Voilà certes l'un des sujets les plus importants de la pathologie chirurgicale, et nous devons savoir gré à l'auteur qui a cherché à élucider cette intéressante question.

Les douleurs dont les cals peuvent être le siége coïncident le plus ordinairement avec une consolidation vicieuse ou difforme, mais on peut aussi les rencontrer avec la cicatrice osseuse la plus régulière en apparence; parfois bornées à un simple endolorissement, elles présentent d'autres fois une telle acuité et une telle persistauce qu'elles ne laissent pas un instant de repos aux malheureux patients, prêts à se soumettre à tout, même à l'amputation, pour mettre un terme à leurs cruelles souffrances. En y regardant d'un peu près, l'on ne tarde pas à s'apercevoir que les observations de cals douloureux publiés jusqu'ici appartiennent à deux catégories bien distinctes. Dans une première classe viennent se ranger les faits dans lesquels la douleur tient manifestemeut à une lésion nerveuse, soit primitive, soit consécutive, que cette lésion ait porté sur un tronc principal ou sur une branche d'ordre secondaire. Tels sout les faits de MM. Denucé, Trélat, Ollier, Franck Hamilton, Smith, Verneuil, W. Mitchel, etc., faits dans lesquels les accidents sout justement attribués à la blessure d'un nerf au moment de la fracture, ou bien à la névrite consécutive à la compression du nerf par le cal, ou bien encore à son irritation par une aiguille osseuse. Dans la seconde classe, la douleur n'est plus d'origine nerveuse ; elle est liée à une ostéite chronique du cal, le plus souvent à la persistance de l'ostéite de consolidation, ainsi que le démontrent les observatious de MM. Gosselin, Coulon, Guyot, etc. Cette distinction une fois bien établie, il s'agissait de poser le diagnostic différentiel entre ces deux espèces de cals douloureux, ce qui n'eût peut-être pas été très-difficile, puis d'en déduire des indications thérapeutiques dont on prévoit par avance la diversité suivant que tel cas appartient à l'une ou à l'autre de ces deux catégories.

Ne nous semble-t-il pas que telle est bieu la façon dont le problème aurait dû être envisagé et résolu? Tel n'a malheureusement pas été le point de vue de l'auteur. En voulant tout rapporter uniquement à la lésion nerveuse, en cherchant à identifier des cas pourtant si dis-

semblables, il nous paraît avoir fait une confusion regrettable qui ne laisse pas que de l'avoir embarrassé à plus d'un endroit et qui ne pouvait le conduire à aucune déduction pratique.

Mais, messieurs, si votre commission a cru convenable de vous indiquer les quelques *desiderata* que présente ce mémoire, elle a aussi le devoir de vous signaler les qualités par lesquelles il se distingue, et qui en font une œuvre sérieuse. L'auteur a fait preuve de connaissances solides et étendues, toute sa partie historique témoigne d'une érudition plus qu'ordinaire, ses aperçus critiques indiquent un esprit droit et judicieux, enfin les dix-huit observations par lesquelles il termine son travail forment une collection complète et intéressante.

L'auteur du mémoire n° 4 nous vante les succès du *Silicate de potasse dans le traitement de l'érysipèle.* Son travail comprend une partie physiologique et une partie clinique. Dans la première, cent quarante-huit applications de solutions diversement titrées de silicate de potasse faites sur différentes parties du corps de plusieurs sujets bien portants, lui ont démontré que ces badigeonnages déterminent, dans la température locale, un abaissement variant entre 0°,1 et 5°1, d'où il conclut : « Le silicate de potasse est un médicament astringent, hyposthénisant, local. » Avant d'accepter cette conclusion, votre commission croit devoir vous faire observer que l'expérimentateur ne s'est peut-être pas absolument mis en garde contre certaines causes d'erreur telles, par exemple, que l'interposition d'un enduit non conducteur entre la peau du sujet et la boule du thermomètre. La partie clinique contient vingt-six observations desquelles il semblerait résulter que l'érysipèle, traité par les applications locales de silicate de potasse guérit *toujours* dans un laps de temps compris entre un minimum de deux jours et un maximum de dix jours, soit une moyenne de 4 jours 9/10 pour ces vingt-six cas.

Comme vous le voyez, c'est là une variante de la méthode de Robert Latour, seulement ici, le silicate de potasse remplace le collodion. Or je ne sache pas que cette méthode, tant préconisée par son inventeur, par Piachaud et par A. Rouget, ait donné jusqu'à présent, au moins en ce qui concerne le collodion, les résultats merveilleux qu'on s'en était promis. Examinons si le silicate de potasse est réellement plus efficace. Nous savons tous ce que dure un érysipèle moyennement intense abandonné à lui-même ou plutôt traité par des moyens anodins qui n'ont certainement pas la prétention de le juguler. Eh bien, si nous parcourons avec soin les 26 observations du mémoire, il nous semble qu'il en est quelques-unes dans lesquelles

l'évolution normale de la maladie ne paraît pas avoir été bien sensiblement modifiée. Ainsi, dans l'observation 2, nous voyons un malade atteint d'érysipèle depuis huit jours, puis traité pendant six jours par les applications de silicate de potasse, ce qui fait déjà quatorze jours; mais, au bout de ce temps, la maladie n'était pas guérie, et c'est seulement à partir du vingt-huitième jour que l'on peut considérer la cure comme terminée. Dans l'observation n° 3, l'érysipèle durait déjà depuis trente-trois jours; durée totale, quarante et un jours. Dans l'observation 4, érysipèle depuis dix jours, silicate pendant dix jours, total vingt jours.

Mais je craindrais d'abuser de vos instants en multipliant outre mesure ces citations; le peu que je vous ai montré suffira sans doute à prouver que l'auteur s'est peut-être un peu fait illusion en considérant son moyen eomme héroïque *dans tous les cas* pour abréger notablement la durée de l'érysipèle. Enfin un appendice ajouté au mémoire renferme plusieurs observations tendant à démontrer que le silicate de potasse donne les mêmes résultats dans la lymphangite, voire même dans l'érysipèle phlegmoneux.

Le mémoire n° 5 a pour titre : *De l'hypertrophie de la prostate*, et pour épigraphe : « *Principiis obsta* ». Introduction, définition, résumé historique, anatomie pathologique, étiologie, symptomatologie, diagnostic, pronostic, traitement, index bibliographique, observations, rien n'y manque, et l'on peut dire en vérité que c'est là un bon travail, établissant parfaitement l'état de la question à l'heure actuelle. Toutefois, c'est en vain que votre commission s'est efforcée de chercher quelque chose de neuf et d'original dans cette longue monographie, j'allais dire dans cette longue compilation; elle n'y a trouvé que la reproduction d'idées précédemment développées dans des ouvrages dont chacun apprécie la valeur, et parmi lesquels il me suffira de vous mentionner ceux de MM. Guyon et Thompson. Il n'est pas jusqu'aux 23 observations annexées au mémoire dont on ne puisse en dire autant; car ces faits ne présentent en eux-mêmes rien de particulier et rentrent dans la catégorie des cas les plus ordinaires de la pratique courante. L'hypertrophie de la prostate est aujourd'hui l'une des affections chirurgicales les mieux connues; en collationnant, en condensant les divers travaux publiés sur la matière; il était possible de produire un travail instructif pour des commençants, et c'est ce que l'auteur a effectivement réalisé; mais cela ne suffisait pas, et votre commission ne peut que constater avec peine dans ce mémoire l'absence complète de ce que l'on est convenu d'appeler le cachet personnel.

L'auteur du mémoire n° 6, au contraire, aborde un sujet nouveau, un sujet pour ainsi dire né d'hier. Il intitule son travail : *Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations*, et le fait précéder de cette épigraphe : « L'observation et l'expérience doivent se prêter un mutuel appui. » Son début est un historique dans lequel il passe successivement en revue tous les moyens employés pour prévenir l'hémorrhagie pendant les opérations. Il signale la compression hémostatique que Roux obtenait autrefois par l'enroulement d'une bande de toile, et qu'Adolphe Richard et M. Chassaignac ont plus tard effectuée au moyen du caoutchouc, l'élévation du membre employée avec succès par M. Lustreman et très-heureusement associée depuis à la compression par MM. Guyon et Lannelongue, enfin les procédés plus récents encore de MM. Grevidesso Silvestri et Esmarch. Malgré la réclamation de priorité faite en faveur du chirurgien italien par M. Vanzetti, il persiste à conserver à la méthode le nom de méthode d'Esmarch ; car, dit-il, « l'idée originale du procédé, le *refoulement dans la circulation* de tout le sang continue dans les parties à retrancher, appartient au professeur de Kiel ».

Vient ensuite une description des appareils actuellement employés pour produire l'ischémie artificielle, c'est-à-dire l'appareil d'Esmarch et celui de Harrisson Crippo, qui n'en est qu'une modification et qui ne le vaut certainement pas. A ce sujet, l'auteur constate certaines imperfections et propose quelques modifications dans le détail desquelles je ne puis évidemment pas entrer. Ses expériences, pratiquées en assez grand nombre et avec un soin auquel votre commission se plaît à rendre justice, lui ont permis de constater : 1° que la bande de tissu élastique possède une force de compression bien plus considérable que les bandes de toile ou de caoutchouc vulcanisé ; 2° que la puissance mise en jeu pour appliquer la bande élastique ou le tube constricteur dépasse toujours l'effet obtenu ; 3° que l'élasticité propre des tissus vivants et leur compressibilité ont pour résultat d'amoindrir presque de moitié l'effort réellement exercé par l'appareil d'Esmarch ; 4° qu'une tension modérée de la bande élastique (10 à 14 degrés au dynamomètre) et du tube de caoutchouc (26 à 28 degrés) suffit pour obtenir une ischémie complète.

La partie physiologique de ce mémoire comprend surtout deux chapitres principaux. Dans l'un, l'auteur étudie les effets généraux produits par l'application de l'appareil d'Esmarch; le malaise, l'anxiété, la fatigue musculaire se sont montrés tout à fait exceptionnellement et ne doivent pas être mis en ligne de compte, les mouve-

ments respiratoires ne sont nullement modifiés, quant à leur nombre, mais leur amplitude s'accroît d'une façon bien évidente, l'influence de l'ischémie temporaire et partielle sur la fréquence des contractions cardiaques est peu sensible et difficile à apprécier; enfin la température générale a présenté des variations légères, soit en plus, soit en moins, sans que l'on puisse rien conclure de positif à cet égard. Dans l'autre chapitre, sont décrits les phénomènes locaux produits par l'application de l'appareil : aspect local, coloration, circulation locale, troubles de la motilité, de la sensibilité, modifications de la température locale. Pour tout ce qui a trait à la circulation, les indications sphygmographiques ont été soigneusement recueillies, et l'on peut vérifier les résultats obenus sur les nombreux tracés joints au mémoire.

Après avoir ainsi fouillé son sujet d'une façon vraiment complète, l'auteur expose les avantages et les inconvénients de la méthode d'Esmarch, dans un chapitre intitulé : Remarques et Réflexions cliniques. Ici, comme dans tout ce qui précède, nous retrouvons le praticien habile et expérimenté, à qui la fréquentation des malades est aussi familière que les manœuvres du laboratoire ; aussi, tout en appréciant à leur juste valeur les bienfaits de l'ischémie artificielle, se garde-t-il bien d'un engouement irréfléchi et fait-il la part des accidents auxquels expose cette méthode.

J'en aurai fini avec ce mémoire lorsque je vous aurai dit qu'il contient encore : une notice bibliographique très-étendue, la rédaction détaillée de 48 observations ou expériences personnelles, un tableau comprenant le résumé de 80 opérations pratiquées par différents chirurgiens avec emploi de l'ischémie artificielle temporaire, enfin les tracés sphygmographiques dont je vous ai déjà parlé.

Messieurs, le prix Édouard Laborie, fondé il y a six ans, n'a pu encore être décerné par vous qu'une seule fois, l'année même de sa fondation. Depuis cette époque, vous avez jugé que, si plusieurs des travaux soumis à votre appréciation méritaient des encouragements, aucun ne réunissait un ensemble de qualités suffisant pour valoir à son auteur le droit de se dire lauréat de la Société de chirurgie. Votre sixième commission est heureuse de pouvoir vous annoncer qu'il n'en sera pas de même cette année. A cette première question : « Y a-t-il lieu de décerner le prix Laborie ? » Tous ses membres ont répondu par l'affirmative. C'est également à l'unanimité que nous vous désignons le mémoire nº 6, comme digne d'être couronné. D'autre part, en raison de la quotité des sommes restées disponibles, en raison surtout de leur valeur incontestable, les mémoires nº 2 et

nº 3 nous ont paru mériter un encouragement. En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer :

1º De décerner le prix Édouard Laborie à l'auteur du mémoire nº 6, intitulé : *Recherches sur la compression élastique comme méthode d'ischémie dans les opérations;* avec cette épigraphe : « L'observation et l'expérience doivent se prêter un mutuel appui. »

2º D'accorder, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire nº 3, portant pour titre : *Étude sur les cals douloureux*, et pour épigraphe : « Si l'espèce humaine peut être perfectionnée, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. »

Une somme de 500 francs à l'auteur du mémoire nº 2, intitulé : *Étude sur la môle hydatoïde*, avec cette épigraphe : « Ce n'est pas assez de compter les expériences; il les faut peser et assortir, il les faut avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et les conclusions. »

A quatre heures et demie la société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

PRÉSENTATIONS

M. BESNIER, médecin des hôpitaux, offre à la société l'article *Rate (pathologie)*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. MEDAL adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, un travail intitulé : *Du tétanos et de son traitement par le chloral.*

M. LUC, médecin aide-major au 35e d'infanterie, adresse une observation intitulée : *Observation d'un cas d'oblitération complète des narines, opérée avec succès.*

Ces deux travaux sont renvoyés à une commission composée de : MM. Desprès, Polaillon, Horteloup.

LECTURE

M. NICAISE lit le rapport suivant de la commission chargée d'examiner les titres des candidats au prix Duval.

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de : MM. Marjolin, Forget, Lannelongue, Polaillon et Nicaise, d'examiner les mémoires qui ont été adressés à la société pour le prix Duval.

Je viens vous rendre compte des travaux de cette commission.

Neuf thèses ont été présentées; six ont pour auteur des internes des hôpitaux de Paris : MM. Seuvre, Gripat, Richelot, Cauchais, Thorens, Hervey; deux sont dues à des internes de Lyon : MM. Jullien et Poncet; une à un interne de Montpellier, M. Roustan.

Il est à remarquer que le nombre des concurreuts est plus considérable qu'il ne l'était les années précédentes, et que les mémoires présenteut une grande importance.

La thèse de M. JULLIEN a pour titre : *De l'amputation du pénis.*

L'auteur se propose surtout de décrire et d'apprécier le manuel opératoire sans s'arrêter aux indications et aux contre-indications.

L'emploi de la ligature et celui de l'écraseur linéaire sont seulement indiqués; la section par l'instrument tranchant est étudiée assez complétement et forme un chapitre intéressant, sans que l'on y trouve cependant des remarques nouvelles. L'auteur insiste particulièrement sur la valeur du procédé de Bonnet, dans lequel l'instrument tranchant est remplacé par les caustiques. Bonnet s'est servi d'abord des caustiques potentiels, mais il les a bientôt abandonnés pour le fer rouge, et, d'après M. Jullien, ce procédé est presque exclusivemeut employé à Lyon; il recommande de se servir de cinq ou six cautères cultellaires, avec lesquels on sectionne lentement la verge. Il signale une modification apportée par M. Desgranges au procédé primitif, laquelle consiste dans la fixation des tissus par une pince qui ressemble à l'entérotome de Dupuytren.

C'est avec raison que l'auteur cherche à faire valoir l'importance de l'idée de Bonnet, lorsqu'il propose de remplacer le couteau par le fer rouge; mais on peut lui reprocher de rejeter trop loin l'emploi

de l'instrument tranchant, et de ne pas avoir assez tenu compte des perfectionnements auxquels on est arrivé dans le mode d'emploi du fer rouge. Le cautère cultellaire de Bonnet sera remplacé avec avantage par le couteau ou l'anse galvanique. La galvanocaustie a déjà été employée un grand nombre de fois, comme le prouve le mémoire de Zillewiez, où se trouvent relatées cinquante observations d'amputation de la verge par cette méthode. M. Sédillot l'a mise en usage en 1869. Aussi peut-on regretter que l'auteur n'ait pas insisté sur ces derniers procédés.

Les observations publiées par M. Jullien ne font guère que constater le fait de l'emploi du fer rouge dans l'opération.

En résumé ce travail présente certains chapitres intéressants où les travaux antérieurs sont bien exposés, en particulier celui qui a trait à l'amputation par l'instrument tranchant.

M. Roustan envoie une thèse sur le *Traitement par la lumière des maladies des yeux et en particulier de l'héméralopie.*

Ayant obtenu de bons résultats du traitement de cette affection par la lumière, il se propose de démontrer que l'on craint beaucoup trop d'employer cet agent dans le traitement des maladies des yeux. Il voudrait une plus juste répartition dans l'emploi thérapeutique de l'obscurité et de la lumière et insiste sur l'utilité de l'action de celle-ci dans les rétinites et les kératites chroniques; mais sans apporter aucune observation à l'appui de ce qu'il avance.

Dans la première partie de son travail, l'auteur étudie l'œil et la vision dans la série animale, puis l'action physiologique de la lumière; il y a là un résumé de recherches bibliographiques assez nombreuses.

A propos des applications thérapeutiques, il est surtout question de tous les modes sous lesquels on pourrait employer la lumière ou l'obscurité, mais il est à peine parlé des indications et des contre-indications. L'auteur fait remarquer que Velpeau et Sichel recommandaient de ne pas trop laisser dans l'obscurité les malades atteints de kératites ulcéreuses avec photophobie.

Il cite encore l'emploi de la lumière dans l'héméralopie et rapporte vingt observations dans lesquelles il a obtenu rapidement de bons résultats en dirigeant dans l'œil, avec un ophthalmoscope, les rayons d'une lampe à pétrole. La durée du traitement a été généralement très-courte, deux ou trois séances d'ophthalmoscopie suffiraient le plus souvent pour ramener la vision. Mais l'auteur ne parle pas des variétés d'héméralopie, des formes symptomatiques; il semble qu'il

ne soit question, dans son travail, que de la forme essentielle; cependant il constate des altérations du fond de l'œil, ce qui est en désaccord avec ce que l'on sait de cette variété.

Quant à la valeur de la méthode de traitement proposée contre l'héméralopie, il est difficile de la juger; il faut attendre qu'elle ait été employée un plus grand nombre de fois et par divers chirurgiens.

Néanmoins on doit dire que le travail de M. Roustan a le mérite d'attirer l'attention sur un point particulier du traitement des maladies des yeux.

La thèse de M. Seuvre, ancien interne des hôpitaux de Paris et de Reims a pour titre : *Recherches sur l'inflammation des trompes utérines et de ses conséquences.*

Ce sujet, sans être nouveau, a été peu exploré, M. Seuvre l'a bien étudié, en s'appuyant à la fois sur l'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique; il a examiné les trompes dans quarante autopsies diverses, et il a vu que souvent elles étaient altérées, alors même que les ovaires étaient sains.

Le résumé qu'il donne, d'après les auteurs, de l'anatomie et de la physiologie de ces organes est bien approprié au sujet. M. Seuvre établit qu'il y a une union intime, anatomique et fonctionnelle des muqueuses utérine et tubaire, et il admet alors que les circonstances qui favoriseraient l'inflammation de l'une agiraient aussi sur l'autre.

La salpingite est fréquente, elle coexiste généralement avec une métrite interne et se complique souvent de pelvi-péritonite. L'auteur est disposé à croire que cette affection joue un rôle principal dans le développement de la pelvi-péritonite, ce qui est contraire à l'opinion de plusieurs médecins, lesquels attribuent ce rôle à l'ovarite. Quelques faits semblent donner raison à M. Seuvre; mais on doit imiter la réserve de l'auteur, qui n'a voulu que fixer l'attention sur ce point.

Dans un appendice, M. Seuvre étudie deux complications tardives des inflammations tubaires, l'hématocèle tubaire et la péritonite suraiguë.

Il admet la possibilité des hématocèles d'origine tubaire, que quelques-uns rejettent complétement; il décrit aussi des épanchements sanguins dans l'intérieur des trompes, qu'il désigne sous le nom de kystes tubaires. Quelques-uns de ces épanchements pourraient s'écouler lentement par l'utérus.

La seconde complication est la péritonite suraiguë, qui peut survenir à la suite d'injections vaginales ou d'opérations pratiquées sur

l'utérus quand les trompes sont malades. Sous l'influence d'une pression, d'une irritation, ces dernières se contractent et chassent, dans le péritoine, le pus qu'elles renferment. Aussi M. Lorain considère-t-il la salpingite comme un danger continuel pour la malade. La conséquence pratique sur laquelle M. Seuvre insiste vivement, c'est qu'on devra s'abstenir de toute opération sur les organes génitaux de femmes chez lesquelles on soupçonne la salpingite.

Le travail de M. Seuvre est fait avec simplicité et netteté, les faits sont bien observés, les déductions non précipitées; il mérite de recevoir des félicitations.

M. Gripat a présenté une thèse *Sur le siphon vésical dans le traitement des fistules urinaires par la sonde à demeure.*

L'auteur commence son travail par quelques considérations sur l'anatomie pathologique des fistules urinaires. Puis il discute les différents modes de traitement des fistules et cherche à démontrer que, dans un grand nombre de cas, ils seraient remplacés avec avantage par la sonde à demeure.

Il préconise ce mode de traitement et cherche à expliquer les inconvénients qu'on lui reproche par l'emploi de sondes trop volumineuses; il propose alors l'usage d'instruments qui devront être toujours plus petits que le diamètre du rétrécissement. Si les petites sondes ont été rejetées jusqu'ici, c'est qu'elles donnaient difficilement issue à l'urine; en y adaptant un tube en caoutchouc, l'écoulement se fait avec facilité.

L'extrémité libre de ce tube arrive dans un récipient placé sous le lit du malade.

L'auteur prétend que l'appareil, une fois amorcé, fait office de siphon et exerce une aspiration continue sur la vessie, dont il amènerait pour ainsi dire le dessèchement.

Cet appareil est celui que M. Panas emploie depuis plusieurs années, et dans nombre de cas il a donné de bons résultats, et des guérisons ont été obtenues; le sujet est donc intéressant et nouveau; il demandait quelques expériences pour faire comprendre l'action de l'appareil et des observations probantes pour montrer au lecteur la valeur du traitement.

Ces renseignements font un peu défaut dans la thèse de M. Gripat.

Malgré quelques *desiderata*, ce travail mérite des félicitations parce qu'il propose un appareil qui, laissant de côté la théorie, facilite l'écoulement des urines et pourra rendre des services.

La thèse de M. PONCET a pour titre : *De l'ictère hématique traumatique.*

Sous ce nom, l'auteur décrit une variété d'ictère due à la résorption de la matière colorante du sang épanché ; ictère léger, surtout accusé à la face et aux conjonctives, avec absence complète dans l'urine des principes colorants de la bile.

L'ictère hématique médical est admis par plusieurs auteurs : M. Gubler l'a décrit sous le nom d'ictère hémaphéïque.

Cette dernière expression n'est pas employée par M. Poncet, parce que, s'appuyant sur l'opinion de M. Robin, il n'admet pas l'existence de l'hémaphéïne comme composé défini. On avait donné ce nom à la substance colorante du sérum.

L'ictère décrit par M. Poncet diffère totalement de l'ictère traumatique décrit par M. Verneuil en 1872. Dans celui-ci, on retrouve dans l'urine la matière colorante de la bile.

Dans les épanchements sanguins, la matière colorante abandonne les hématies qui se dissolvent, colore le liquide ambiant, et pénètre ensuite dans les tissus ; elle est résorbée par les veines et les lymphatiques. M. Poncet fait remarquer que si la résorption de l'hémoglobine dissoute est plus rapide que son élimination, il se produira alors un ictère hématique.

Celui-ci demande donc pour se produire un vaste épanchement sanguin et une résorption rapide de la matière colorante.

Cet ictère est peu intense, son siége est très-limité, souvent il n'occuperait que les narines et la conjonctive ; l'aspect de la peau est le même que dans l'ictère bilieux, et l'on ne peut le distinguer de ce dernier que par l'examen des urines.

En somme, toute l'histoire de l'ictère hématique repose sur l'essai des urines. Chez les malades qu'il a observés, M. Poncet a recherché le pigment biliaire sans jamais le trouver.

Dans des expériences sur des chiens, des chats, des cobayes, en injectant du sang dans le tissu cellulaire, les urines de ces animaux devenaient plus foncées, mais sans renfermer de pigment biliaire.

Comme on le voit, le travail de M. Poncet est très-intéressant ; il a été fait avec soin et d'après une excellente méthode ; mais on est obligé de faire encore quelques réserves sur ses conclusions ; les observations ne sont pas assez probantes en ce sens que, dans la plupart des cas, l'on peut supposer une contusion du foie ; de plus, la recherche du pigment biliaire dans l'urine est parfois difficile, et nous savons que c'est sur cela seul qu'est fondée l'existence de l'ictère hématique.

L'auteur dit quelques mots de l'ictère septique et de l'ictère des nouveau-nés. Il pense que l'ictère qu'on observe dans les intoxications chirurgicales n'est, dans quelques cas, qu'un ictère hématique par empoisonnement du sang, tandis que M. Verneuil l'attribue à une altération du foie.

Également, d'après M. Poncet, l'ictère des nouveau-nés n'est pas toujours dû à la matière colorante de la bile, car plusieurs fois il a recherché en vain le pigment biliaire dans les veines.

En résumé, ce travail mérite beaucoup d'éloges ; il décrit une variété nouvelle d'ictère, dont l'existence ne tardera pas à être confirmée.

La thèse de M. Richelot traite *De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement.*

M. Richelot combat la doctrine du pseudo-étranglement ; il ne nie pas la péritonite herniaire, mais il nie qu'elle puisse donner lieu à des symptômes d'étranglement ; s'ils surviennent, c'est qu'alors il s'est produit un étranglement consécutif.

L'auteur pose en principe que chaque fois que l'on observe les symptômes d'étranglement, il y a toujours une constriction de l'intestin avec arrêt des matières. Ceci est trop absolu, car on a vu ces symptômes se montrer dans des épiplocèles enflammées ou étranglées, dans le pincement de l'intestin ; on connaît plusieurs observations d'étranglement de l'appendice cœcal ayant donné lieu à tous les symptômes de l'étranglement intestinal primitif.

Il s'agit de savoir si l'inflammation peut seule amener les phénomènes d'étranglement.

Malgaigne et ses élèves sont pour l'affirmative et prétendent que, dans ces cas, il n'y a qu'un pseudo-étranglement.

M. Richelot, au contraire, soutient que les phénomènes d'étranglement ne se montreraient pas s'il n'y avait un resserrement de l'intestin au moins suffisant pour appliquer les parois l'une contre l'autre et amener l'occlusion ; il admet, d'ailleurs, que dans les hernies enflammées de Malgaigne l'étranglement est peu serré et peut disparaître spontanément.

Dans beaucoup de cas de hernies enflammées depuis plusieurs jours, l'on a pu introduire le doigt entre le collet et l'intestin, et constater que la surface de cet organe n'était pas, ou était à peine altérée au niveau de l'anneau. Doit-on attribuer les symptômes observés à cette constriction légère ou à l'inflammation de la hernie ?

M. Richelot avance aussi que l'irréductibilité, en dehors des adhé-

rences, tient toujours à l'étroitesse du collet. Il s'agit là encore d'un point sur lequel règne une grande obscurité. On ne connaît guère les causes diverses de l'irréductibilité ; quelques-uns sont disposés à admettre l'influence du dépoli des surfaces, des exsudats inflammatoires qui rendent le glissement impossible ; dans ce cas, le rôle de l'inflammation serait considérable.

Partisan de la doctrine de l'étranglement, M. Richelot s'est proposé de démontrer que la temporisation était mauvaise ; il l'accepte cependant pour les grosses hernies, d'autant plus que l'opération est alors très-dangereuse.

Dans les hernies qui ont le volume du poing ou sont plus petites, il faut, au contraire, opérer de bonne heure.

M. Richelot prouve par des faits, d'une façon irrécusable, que des hernies volumineuses et anciennes peuvent subir un étranglement vrai, et c'est pour cela qu'il insiste sur la nécessité de ne pas temporiser toujours quand on est en présence d'une hernie volumineuse.

L'analyse des trente-huit observations publiées dans ce travail présente un certain intérêt ; presque toutes sont des hernies inguinales, il y a une seule hernie crurale et une seule hernie ombilicale. Il est à remarquer aussi que l'observation qui a été pour M. Richelot le point de départ de son travail est celle de la hernie crurale, variété dans laquelle la temporisation est rarement utile. En outre, dans ses faits de hernies inguinales volumineuses avec étranglement serré, il s'agissait, dans la plupart, d'entéro-épiplocèles. Les conclusions de ce travail sont donc seulement applicables à la hernie inguinale, et non pas à toutes les variétés de hernies.

Quoique susceptible de quelques objections, la thèse de M. Richelot est une œuvre importante ; l'auteur a soumis ces faits à une critique sérieuse, et a bien conduit sa discussion. S'il a été trop absolu en n'acceptant que la doctrine de l'étranglement, il a mis en évidence un fait important, c'est que les grosses hernies anciennes peuvent présenter un étranglement serré, et que le chirurgien ne devra pas toujours temporiser quand il se trouvera en face d'une hernie volumineuse.

M. Cauchois présente une thèse qui a pour titre : *Pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires.*

Ce travail fait sous l'inspiration de M. Verneuil, mérite d'attirer particulièrement l'attention : c'est en somme un chapitre de pathologie générale. L'auteur a abordé un sujet difficile, et s'est créé un

cadre des plus vastes, il a voulu apporter quelque lumière dans la définition et la classification des hémorrhagies secondaires.

Avant d'aborder l'étude de ces hémorrhagies, il a résumé les traits principaux des hémorrhagies traumatiques primitives, les phénomènes de l'hémostase spontanée provisoire et de l'hémostase chirurgicale.

Il propose ensuite la définition et les divisions étiologiques des hémorrhagies secondaires.

M. Cauchais donne le nom d'hémorrhagie secondaire à tout écoulement de sang qui apparaît à la surface d'une plaie sans diérèse traumatique nouvelle, depuis l'instant ou s'est arrêtée l'hémorrhagie primitive jusqu'à complète cicatrisation de la plaie. Il divise les hémorrhagies en deux espèces : les hémorrhagies secondaires proprement dites, qui sont produites par la destruction de l'hémostase établie dans un vaisseau sanguin; puis les hémorrhagies secondaires néo-capillaires qui sont fournies par les nouveaux capillaires de la plaie et sont généralement associées aux premières. Enfin il divise encore les hémorrhagies proprement dites en hémorrhagies précoces ou tardives, selon qu'elles se montrent avant ou après le début du travail de cicatrisation.

On comprend que l'auteur ait voulu faire rentrer dans son cadre les hémorrhagies qui se produisent à la surface des plaies par les vaisseaux de nouvelle formation; mais elles ne méritent pas le nom d'hémorrhagies traumatiques. Ceci n'a pas échappé, du reste, à M. Cauchais, car il proposerait volontiers pour elles le nom d'hémorrhagies médicales des plaies.

La division basée sur le début du travail de cicatrisation est difficile à appliquer dans la pratique; comment reconnaître au lit du blessé le moment où commence ce travail, et, par conséquent, comment distinguer les hémorrhagies précoces ou tardives. Jusqu'ici cette division avait été établie d'après l'époque d'apparition.

On doit faire remarquer que la description des hémorrhagies qui se montrent peu de temps après l'hémostase est bien étudiée.

Les hémorragies tardives sont longuement exposées, et l'auteur développe toutes les causes qui peuvent y donner naissance ou les favoriser; c'est dans ce groupe qu'il range les hémorrhagies dues à la chute d'une escarre produite, par exemple, par une arme à feu.

Le chapitre qui offre le plus d'importance et d'originalité est celui des hémorrhagies secondaires de causes générales.

Dans la pyohémie, des hémorrhagies peuvent se montrer sur la plaie ou sur des points éloignés, comme l'épistaxis; les unes se produisent au début de l'affection, les autres à la période ultime.

L'influence des intoxications générales, telles que l'alcoolisme, l'impaludisme est aussi traitée avec soin, il en est de même des affections du foie, de la rate, des reins, etc. Mais sur ces points l'auteur ne pouvait entrer dans de longs développements, ces questions étant encore à l'étude.

Comme on le voit, le travail de M. Cauchais est très-important, il est fait avec conscience et avec talent et présente, sous une forme nouvelle l'étude des hémorrhagies secondaires.

La thèse de M. THORENS, intitulée : *Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital* est aussi très-remarquable.

L'auteur a réuni tous les faits positifs, puis il a donné une description synthétique du pied-bot varus congénital.

Il commence d'abord par étudier l'anatomie et la physiologie du pied normal aux différents âges, il examine chacun des os du tarse, et, d'après des recherches personnelles, il indique les changements qu'ils subissent et peut ainsi expliquer les modifications de forme et de direction du pied.

L'anatomie pathologique est faite d'après soixante-seize observations; M. Thorens peut ainsi décrire avec une grande exactitude la position des os, des articulations, l'atrophie du tarse, celle des muscles, qui s'accompagne quelquefois de dégénérescence graisseuse, mais jamais de transformation fibreuse. Dans une seule observation, on a trouvé une altération des centres nerveux.

Chez l'adulte, les altérations sont plus considérables; l'auteur décrit les ankyloses osseuses du pied, le raccourcissement de l'aponévrose et des muscles plantaires, la torsion de la jambe, la déviation du péroné, quelquefois même il peut y avoir une déformation consécutive du membre.

L'étiologie du pied-bot est consciencieusement présentée, l'auteur n'adopte pas une théorie à l'exclusion des autres, il suit exactement ce qu'enseignent les faits.

Il groupe les causes qui ont été invoquées sous trois chefs.

Les uns ont attribué le pied-bot à la compression anormale subie par le fœtus dans le sein maternel. M. Thorens admet que les positions intra-utérines ont une influence sur la disposition des surfaces articulaires. Il choisit, pour le prouver, un bon exemple, celui de la direction de la surface articulaire du tibia au moment de la naissance. Aussi cette cause a-t-elle, selon lui, une part assez considérable dans le développement du pied-bot.

En second lieu, vient la théorie de la rétraction musculaire consé-

cutive à une lésion du système nerveux. Cette théorie est aujourd'hui à peu près abandonnée; cependant M. Thorens l'accepte pour un très-petit nombre de cas, en s'appuyant sur une observation dans laquelle on a constaté une altération de la moelle.

Dans la troisième théorie, le pied-bot résulterait d'nne malformation primitive. M. Thorens rejette la théorie de l'arrêt de développement, et avec MM. Bouvier, Broca, Lannelongue, il admet que, dans la majorité des cas, il y a une malformation primitive du squelette.

Le traitement est exposé en détail avec clarté.

Il est inutile d'insister pour montrer toute la valeur du travail de M. Thorens, qui, à côté de recherches bibliographiques très-complètes, renferme des recherches personnelles, aussi mérite-t-il de chaleureuses félicitations.

M. Hervey a fait une thèse sur les *Applications de la ouate à la conservation des membres et des blessés.*

Il décrit d'abord avec grand soin la manière d'appliquer le pansement, en insistant sur tous les détails, et sa description est la plus complète que l'on ait.

Dans les amputations, il dit quel doit être le procédé d'hémostase, le mode d'affrontement des lambeaux; il étudie la marche de la température, la fièvre traumatique, etc.

Les reproches que l'on a adressés à l'appareil ouaté sont passés successivement en revue, et l'auteur cherche à démontrer que le plus souvent ils tiennent à des conditions indépendantes de la méthode de pansement.

Il indique certaines applications spéciales du pansement ouaté, sans y insister beaucoup, et rejette son emploi dans les amputations du sein.

Dans les résections, on a obtenu aussi de bons résultats et, en particulier dans la résection du coude.

Mais M. Hervey, va plus loin : s'appuyant surtout sur la pratique de M. A. Guérin, il cherche à démontrer les avantages du pansement dans les fractures compliquées, dans la conservation des blessés, selon son expression. Beaucoup de ceux qui l'emploient dans les amputations hésitent à le mettre en usage dans les fractures compliquées; l'auteur, dans son mémoire , étudie longuement quelles peuvent être dans ces cas, les indications du pansement et s'appuie sur des faits, déjà assez nombreux, où les résultats ont été excellents.

Dans cette seconde partie, M. Hervey n'est pas aussi enthousiaste

ni aussi pressant que quand il s'agit du pansement des amputations, mais il apporte des arguments sérieux en faveur de sa proposition, surtout en discutant les accidents qui ont été observés sous le pansement dans ces tentatives de conservation.

Il conclut en disant que, dans la chirurgie conservatrice, cette méthode donne au chirurgien la faculté de retarder les opérations, sans faire perdre au blessé les bénéfices de l'intervention immédiate. Cette conclusion est peut-être un peu hâtive ; mais il ajoute que, dans les fractures compliquées de cause directe ou dues à une violence extrême, l'emploi du pansement à la ouate doit être fait avec réserve.

Enfin l'auteur rappelle quels sont les principes de la méthode, il cite des expériences prouvant que l'air passe à travers l'appareil, et termine en publiant cinquante observations qui font la base de son travail.

Il n'y a pas ici à faire valoir le pansement ouaté, qui est certes un bon moyen à ajouter à ceux qui mettent les amputés dans de bonnes conditions pour arriver à la guérison; mais on peut faire remarquer que M. Hervey s'est adonné à son étude; il a recueilli un grand nombre d'observations et par ses publications, surtout par sa thèse, il a contribué largement à faire connaître cette méthode.

La commission, après un examen attentif des travaux qui lui ont été soumis et en regrettant de n'avoir qu'un prix à donner entre tant de mémoires de réelle valeur, vous propose de décerner le prix Duval à M. le docteur Hervey.

LECTURE

M. FAUCON, membre correspondant lit la note suivante :

Note sur les kystes hordéiformes du poignet. — Les kystes synoviaux du poignet, et en particulier cette variété que Dupuytren désignait sous le nom de *kystes hydatiques*, Velpeau sous celui de *tumeurs hydatiformes*, et que de nos jours on appelle communément *kystes à grains riziformes ou hordéiformes*, peuvent être divisés au point de vue clinique en deux grandes catégories, selon la période à laquelle ils sont parvenus et les troubles qu'ils ont amenés dans le fonctionnement des doigts et de la main.

Dans une première classe se rangent les malades qui ont perdu complétement l'usage de la main, soit par suite du développement exagéré de la tumeur, soit par suite de quelque complication comme

l'inflammation, la suppuration, la dégénérescence fongueuse et l'ulcération du kyste.

Dans ces cas, l'intervention chirurgicale peut être commandée à la fois par la nature des complications, et par l'espoir de prévenir les graves accidents auxquels sont susceptibles de donner naissance de pareilles tumeurs, arrivées à leur période extrême.

J'ai vu pour ma part, en 1871, à la Pitié, dans le service de M. Broca, un kyste hordéiforme de la face palmaire du poignet et de la main, suppurer spontanément et s'ouvrir à l'extérieur, et il y a sept ou huit ans, dans la clientèle de mon père, un autre cas se terminer par une synovite fongueuse ulcérée.

Je dois ajouter que les faits ont été observés sur des ouvriers contraints à un travail manuel pénible, source d'irritations incessantes dans les kystes.

Si le chirurgien, à cette période avancée du mal, peut prévenir de semblables terminaisons par l'emploi des méthodes thérapeutiques que l'expérience met à sa disposition contre cette redoutable affection, rien de mieux : le malade n'a qu'à gagner à son intervention ; mais ce ne sont pas là les cas dont je veux parler.

A une deuxième classe appartiennent (et je tiens à bien préciser et circonscrire la question) les malades qui viennent nous consulter, alors que les troubles fonctionnels se bornent à une gêne plus ou moins accentuée dans les mouvements des doigts, à la perte d'une partie de la force de la main, à des douleurs provoquées surtout par la fatigue et le travail, alors enfin que ces malades, tout en ne pouvant plus produire les efforts musculaires dont ils étaient autrefois capables, ne sont pas encore réduits à l'impuissance du membre.

En pareille occurrence, les choix d'un traitement chirurgical destiné à amener une guérison radicale me paraît chose beaucoup plus délicate et difficile.

Ce qui doit nous préoccuper avant tout dans ces sortes de cas, c'est de savoir si notre intervention est opportune, et si elle n'expose pas le malade à des inconvénients plus graves que la maladie elle-même, c'est-à-dire à la production rapide d'accidents qui ne surviennent en général que très-lentement, après de longues années, lorsque l'affection est abandonnée à son évolution normale.

Telle est la question que j'ai été amené à me poser en présence du fait suivant.

Obs. I. — J'ai été consulté au mois d'août dernier, par une femme de trente-cinq ans, affectée de kyste riziforme de la synoviale des tendons de l'extenseur commun des doigts.

Cette tumeur, dont le début remonte à sept ans, me paraît reconnaître deux ordres de causes.

Cette femme a exercé pendant près de vingt ans, jusqu'il y a sept mois, la profession de coupeuse de velours. Cet état exige le glissement continuel de la main gauche le long du bord d'un métier, la main se trouvant dans l'extension forcée et fortement appuyée sur ce métier. La malade éprouvait depuis longtemps, surtout à la fin de la journée, des douleurs dans la main le long des tendons dorsaux des *nerfs*, comme elle dit.

A cette irritation lente et continue vint s'adjoindre une autre cause. A la suite d'un effort brusque qu'elle fit un jour pour soulever son métier, elle sentit au niveau du poignet une douleur violente qui ne persista que quelques jours; mais, au bout de cinq à six semaines, elle vit apparaître une tumeur de la grosseur d'une noisette au-dessous du radius, à la face dorsale du poignet.

Cette tumeur s'accrut peu à peu sans vive douleur et sans l'empêcher d'exercer sa profession fatigante. Mais, il y a environ sept mois, il lui devint impossible de vaquer le soir aux soins du ménage, à cause de la gêne qu'elle éprouvait dans la tumeur à la suite de son travail de la journée, et elle renonça à sa profession.

Voyant que, malgré un repos relatif et des applications de teinture d'iode qui lui avaient été conseillées, le kyste continuait à s'accroître, elle vint réclamer mes soins.

Je constatai un kyste riziforme de la synoviale des tendons de l'extenseur commun des doigts, facilement reconnaissable à son siége anatomique, à sa division en deux lobes par le ligament dorsal du carpe, et à la sensation bien nette de crépitation que j'éprouvais en recherchant la fluctuation.

La tumeur dépassait d'environ trois travers de doigt l'interstice radio-carpien aussi bien du côté de l'avant-bras que du côté de la main.

J'essayai d'abord la compression du kyste au moyen d'un bandage ouaté que j'appliqnai le 9 août de cette année. Mais, au bout de deux heures environ, il se développa dans la tumeur des douleurs assez vives pour donner lieu chez cette jeune femme nerveuse à des spasmes hystériformes, et force me fut d'enlever mon appareil six heures après l'avoir posé.

La malade ne voulut plus me permettre d'essayer une compression un peu plus modérée; elle me demanda de recourir à une opération, s'il en existait qui dût la guérir.

Sous l'influence de l'idée que les injections iodées réussissaient

très-bien dans ces sortes de cas, je proposai à cette femme l'opération, qui fut acceptée.

Je pratiquai le 28 août la ponction du kyste avec un trocart d'assez fort calibre, que j'eus le soin d'enfoncer à une profondeur d'environ 2 centimètres et demi. Cette ponctiou ne fut suivie d'aucune évacuation spontanée; je dus exercer des pressions assez fortes pour faire sortir par la canule du trocart environ deux cuillerées à bouche de corps riziformes, agglutinés les uns aux autres par une très-minime quantité de liquide visqueux.

Ces corps, que je conserve dans la glycérine, présentent la forme et le volume de grains de riz. Je n'insiste pas sur ces particularités anatomiques bien connues.

Plusieurs d'entre eux portent encore le petit pédicule qui les attachait autrefois à la paroi interne du kyste.

Lorsque mes pressions furent devenues impuissantes à faire sortir les derniers de ces corpuscules que je sentais encore dans l'intérieur de la tumeur, je pratiquai dans la cavité une injection d'eau tiède qui, en ressortant, en entraîna encore quelques-uus; mais un certain nombre demeura dans la poche. A ce moment seulement, je vis sortir quelques gouttes d'un liquide visqueux ct sanguinolent.

La malaxation avait été indolente; ce ne fut que quand le kyste fut distendu par mon injection que la malade accusa une légère douleur.

Pendant que j'aspirais dans la seringue le liquide iodé que je destinais à l'injection, un mouvement brusque de la malade ou de l'étudiant en médecine qui me servait d'aide, et auquel j'avais confié la fixation de la canule, fit sortir cette dernière de quelques centimètres, et je constatai, par l'introduction d'un stylet, qu'elle ne se trouvait plus dans la cavité kystique; je remis l'injection iodée à une autre circonstance. La tumeur avait diminué des deux tiers.

J'appliquai une légère compression avec un bandage ouaté; un peu de gonflement, sans grande douleur, et d'une durée de trois jours, fut la suite de cette ponction.

Le 26 septembre, trouvant la tumeur plus volumineuse qu'après l'opération, je pratiquai une seconde ponction, mais je ne pus extraire qu'une dizaine de corps hordéiformes.

Je revis cette malade le 18 octobre, au sujet d'une hydarthrose du genou dont elle était affectée depuis six mois et dont elle ne m'avait pas encore parlé. Cette hydarthrose, dont la coïncidence avec un kyste synovial me parut digne d'être notée, avait presque totalement disparu sous l'influence de plusieurs vésicatoires volants.

Le yste du poignet restait diminué de plus de moitié ; il n'y avait que la partie correspondante à la régiou de la main qui faisait saillie dans l'extension ; quant à la partie antibrachiale, elle n'apparaissait que dans la flexion forcée du poignet.

Les douleurs avaient complétement disparu; pendant toute une semaine cette femme a lessivé et repassé sans souffrir le soir, comme cela lui arrivait auparavant. J'ai pu constater hier que la situation reste la même sous le rapport des douleurs, mais que la tumeur s'est depuis deux mois très-légèremeut accrue, la crépitation y est redevenue très-manifeste.

Que dois-je désormais entrepreudre dans l'intérêt de cette malade? Je n'ignore pas que ce qu'on peut appeler les moyens de douceur, tels que les applications topiques, les révulsifs et la compression, appliqués au traitement de ces kystes ont pu quelquefois en amener la guérison, soit par la résorption, soit par la transformation des corps hordéiformes.

Je m'en réfère sur ce point à l'autorité de Velpeau, qui disait à ce sujet dans ses leçons : « J'avais cru que la sortie des concrétions granuleuses contenues dans les kystes était indispensable à leur guérison ; mais les faits m'ont démontré le contraire. Je sais maintenant qu'après la disparition des matières liquides qui les invisquent, les grumeaux s'agglomèrent, se confondent entre eux, s'unissent aux tissus voisins, s'amoindrissent de plus en plus et finissent par ne plus former que de légères plaques indurées qui semblent disparaître complétement à la longue, *sans troubler notamment l'action des tendons des fléchisseurs des doigts.* »

Je regrette à ce point de vue de n'avoir pu continuer la compression, qui, longtemps prolongée, et pratiquée au moyen d'appareils munis d'une quantité de ouate suffisante pour la rendre à la fois active et tolérable, ainsi que je l'avais vu faire par mes maîtres dans les hôpitaux, m'a été si utile dans le traitement des synovites fongueuses articulaires et tendineuses.

Guérir les kystes du poignet par l'emploi de méthodes non dangereuses, pour ainsi dire sans intervention opératoire, tel est assurément l'idéal des chirurgiens; mais cet idéal est-il facile à réaliser, dans quelle proportion, dans quelles circonstances ? C'est la question que je voudrais voir résolue par la Société de chirurgie.

Lorsque ces moyens échouent, soit à cause de leur impuissance, soit à cause de l'impatience des malades qui ne persévèrent pas assez longtemps dans leur emploi, que faut-il faire ?

Je confesse mon embarras pour répondre à cette question.

Après avoir consulté les nombreux et excellents travaux qui ont paru en France sur la matière, j'en suis à me demander si nous sommes aujourd'hui plus avancés dans le traitement des cas que j'ai en vue qu'à l'époque où Dupuytren a appelé l'attention sur ces tumeurs.

Voici quelle était l'opinion de ce grand chirurgien. Après avoir exposé qu'à ses yeux l'incision et la suppuration de ces kystes étaient les seuls moyens d'en obtenir la guérison, il ajoute que, vu leur indolence habituelle et les dangers auxquels peut exposer leur traitement par des opérations, « on ne doit avoir recours à l'opération que lorsque le volume de ces tumeurs, devenu fatigant pour les malades, les gêne au point de s'opposer au libre exercice de leur état.

« *Dans le cas contraire*, le chirurgien consulté pour cette affection doit engager le patient à vivre avec son mal, et s'il désire absolument en être débarrassé par l'opération, il est de son devoir de le prévenir des risques qu'elle peut lui faire courir (1). »

Telles étaient également l'opinion et la conduite de Boyer, malgré les exemples qu'il cite d'extirpation de ces tumeurs pratiquée par lui ou par d'autres chirurgiens *avec conservation des mouvements des doigts et de la main* (2).

Mais, me dira-t-on, si avec Dupuytren et Boyer, nous rejetons l'extirpation, l'excision et l'incision, pour les cas dont vous nous parlez, nous ne saurions être aussi exclusif pour certaines méthodes chirurgicales qui ont pris naissance après eux; le drainage chirurgical, par exemple, a fait disparaître les dangers qui suivaient autrefois l'emploi du séton; l'injection iodée compte à son actif un grand nombre de guérisons de kystes du poignet, et parmi ces guérisons des cas de kystes hordéiformes.

J'arrive ici au point qui me paraît le plus important de cette communication; et, dans l'espoir d'en faire surgir un enseignement utile pour la pratique, je prie la société de vouloir bien se rappeler quels sont les cas spéciaux que j'ai en vue.

Je ne nie pas que le drainage appliqué aux kystes hordéiformes du poignet soit moins dangereux que le séton, et que son emploi ne soit de nature à diminuer les chances d'inflammation et de suppuration qui avaient amené Dupuytren à proscrire ce dernier (3). Ce n'est pas,

---

(1) Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. III, p. 45.
(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. XI, p. 14.
(3) Dupuytren, *loc. cit.*, t. III, p. 44.

du reste, seulement dans ce champ restreint que M. Chassaignac peut se rendre le témoignage d'avoir, par cette découverte, rendu un signalé service à la chirurgie de notre temps.

Mais s'il a écarté les risques de mort ou d'amputation du membre, le drainage a-t-il fait des preuves au point de vue de la conservation ou du rétablissement des fonctions des doigts ?

Comme il me paraît *a priori* devoir entraîner fatalement la suppuration et, par suite, des adhérences probablement irrémédiables, je n'aurais pas cru devoir en parler, si je n'avais tout récemment rencontré un cas de kyste hordéiforme du poignet traité avec succès par ce moyen associé à l'injection iodée dans le service de M. Demarquay, qui en a fait publier l'observation par un de ses élèves dans un travail destiné à démontrer les heureux résultats du traitement des kystes par le drain et l'injection de teinture d'iode (1). Ce fait m'avait d'abord singulièrement frappé, et j'avais espéré y trouver la solution du problème qui trouble mon esprit inquiet.

Mais je me demande si le cas de M. Demarquay rentre bien dans la catégorie de ceux dont je m'occupe ; dans la relation concise que j'en ai lue, il n'est rien dit des troubles fonctionnels préseutés par le malade antérieurement avant l'opération.

Quant au résultat définitif, je ne le connais que par ces quelques mots de l'observation : « Au bout de quatre semaines de traitement le malade sort *tout à fait* guéri. »

Que devons-nous entendre par cette guérison radicale? ne s'agit-il que de la disparition de la tumeur kystique? Si un pareil résultat est tout à fait satisfaisant pour la généralité des kystes, il ne constitue qu'un des éléments de la cure des kystes synoviaux tendineux : on doit tenir compte ici d'un autre élément important, la conservation des mouvements des doigts.

En présence d'un kyste hordéiforme du poignet, autant je serais satisfait de la disparition de la tumeur, alors même que les fouctions des doigts ne se rétabliraient pas, si leurs mouvements se trouvaient déjà abolis avant l'opération, autant je trouverais cette terminaison déplorable dans le cas où je n'aurais constaté avant l'opération qu'uue gêne dans l'action de ces organes.

Vient maintenant l'injection iodée, qui semble avoir été pour la

(1) Ed. Schwartz. *Quelques considérations sur la réunion des plaies et le traitement des kystes par le drain et l'injection de teinture d'iode.* — *Gazette des Hôpitaux*, 13 août 1874, n° 94, p. 147.

première fois appliquée à la cure des kystes riziformes par M. Chassaignac que poussèrent dans cette voie « les succès obtenus par M. Velpeau à l'aide des injections iodées, comme moyen de provoquer une inflammation *adhésive* dans des kystes d'une autre nature », et qui en rapporte deux cas dans son *Traité des opérations* (1).

Quel est le bilan de cette autre méthode? J'espérais trouver sur ce point une solution précise, car M. Chassaignac a eu bon nombre d'imitateurs.

On a dû avoir à s'en louer dans un certain nombre de cas; car, d'après Follin (2), on obtient « souvent au bout de quelques mois le *rétablissement complet* des mouvements dans la partie qui avait été le siége du kyste. »

M. Boinet, qu'il faut toujours consulter quand on s'occupe des affections justifiables du traitement par les injections iodées, me paraît du même avis que Follin. « Après les injections iodées, dit-il, l'inflammation n'est pas un obstacle invincible aux mouvements des articulations, car cette inflammation se borne à une irritation qui modifie les surfaces du kyste sans provoquer des adhérences, par exemple, au bout d'un temps plus ou moins long, les parties reprennent leur mobilité, les dépôts plastiques se résorbent peu à peu, les mouvements de glissement déterminent la formation de nouvelles bourses, qui amènent la liberté et le jeu des tendons (3). »

Michon, qui rapporte dans sa thèse sept observations de kystes du poignet traités par cette méthode, est beaucoup moins affirmatif, comme on peut en juger par l'extrait suivant de son travail : « L'examen de ces observations, dit-il, est favorable à l'injection iodée. » Il établit dans les lignes qui suivent l'innocuité de l'injection, mais reste dans le doute sur la question des récidives. Quant au rétablissement des mouvements, il ajoute qu'il « offre des difficultés *inévitables* dans *toutes* les opérations qui ont entraîné des inflammations à leur suite. A ce point de vue, la ponction sous-cutanée est celle qui inspire le moins d'inquiétude. *Vient ensuite l'injection iodée*. . . . . .

Mais quand bien même l'inflammation qui s'est établie a laissé après elle des gênes et des impuissances, ce n'est pas une raison pour *désespérer* de voir, au bout d'un temps plus ou moins long, les parties reprendre leur mobilité.

---

(1) Chassaignac, *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*, t. II, p. 178.

(2) Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. II, p. 151.

(3) Boinet, *Traité d'iodothérapie*, p. 432.

Maintenant, à la suite de laquelle de nos opérations un tel retour est-il plus facile? Là-dessus les documents pour une *réponse complète* manquent, et tout ce qu'on peut dire eu général, c'est que « moins l'inflammation aura été longue, plus le rétablissement pourra être espéré » (1).

Voici l'opinion de M. Legouest au sujet de l'injection iodée :

« Par ce traitement, peu de malades, quelques-uns seulement, ont pu se dire radicalement guéris. Beaucoup ont éprouvé un soulagement marqué sans diminution notable du volume de la tumeur, chez quelques autres la maladie a récidivé, peu ont été atteints d'accidents graves. »

Au sujet des adhérences, il ajoute :

« L'injection peut bien, il est vrai, par les modifications qu'elle apporte dans les parois des cavités closes, amener la production de ces adhérences; mais comme M. Hutin l'a démontré par des recherches faites sur la tunique vaginale, anciennement atteinte d'hydropisie et opérée par l'injection, ces adhérences *persistent rarement*, et la liberté entre la surface pariétale et la surface viscérale se rétablit après un temps plus ou moins long » (2).

Il me paraît résulter de ces citations que la constatation clinique du rétablissement ou de la conservation des mouvements des doigts est loin d'avoir été faite aussi souvent que Follin et M. Boinet semblent le croire.

La fréquence d'un semblable résultat est-elle du moins établie par l'anatomie pathologique?

Je ne rencontre, pour m'éclairer à ce sujet, que l'observation de M. Chassaignac (3), qui eut la bonne fortune de pouvoir s'assurer du résultat produit par l'injection iodée sur un de ses malades, qui mourut quelques mois après l'opération d'une affection de poitrine.

Or il est dit dans l'observation que « des adhérences s'étaient établies dans la presque totalité de la tumeur. »

Ce fait n'est pas encourageant; il explique l'opinion des chirurgiens qui ne voient qu'une illusion dans l'espoir de conserver par cette opération la liberté des doigts. C'est ainsi qu'en juge, dans sa

---

(1) Michon, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras, etc.* Thèse, *Concours de clinique chirurgicale*, p. 156.

(2) Legouest, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main.* Thèse, *Concours pour l'agrégation*, Paris, 1867, p. 129.

(3) Chassaignac, *loc. cit.*, p. 179.

clinique chirurgicale, M. Gosselin (1), dont l'attention a été de longue date appelée sur les kystes synoviaux du poignet.

On peut répondre à cela, ainsi que M. Legouest l'a avancé, que les adhérences persistent rarement, et que la liberté des mouvements se récupère à la longue.

Mais encore une fois où sont les faits qui le prouvent d'une manière indubitable ? Suffit-il pour entraîner la conviction d'invoquer des analogies tirées de l'histoire des injections iodées dans la séreuse vaginale? Le malheureux, dont nous aurions emprisonné un ou plusieurs tendons se soucierait bien peu de la liberté du testicule de sou voisin.

Dans les observations assez nombreuses que j'ai consultées, souvent il n'est rien dit des troubles fonctionnels présentés par les malades avant l'opération; quant à leur état définitif, la plupart du temps il n'est indiqué que vaguement par les auteurs des observations qui se bornent à dire que le malade est guéri ou plus ou moins complétement débarrassé de son kyste.

Si donc je me trouve éclairé sur la valeur de la plupart des opérations appliquées au traitement des kystes synoviaux riziformes en tant qu'elles peuvent compromettre l'existence des malades ou le salut du membre, je ne rencontre en général sur ces deux points spéciaux : état de la fonction des doigts *avant* ou *après* l'opération, que des renseiguements insuffisants pour me permettre d'asseoir un jugement précis sur la question toute particulière qui m'intéresse actuellement.

Avec cette pénurie de détails dans les faits, je note des assertions contradictoires émanant de chirurgiens également autorisés. Aussi en présence des incertitudes auxquelles je reste livré, avant de compromettre par une opération qui pourrait être imprudente les intérêts de l'art, aussi bien que ceux de ma malade, j'ai voulu consulter la Société de chirurgie — j'espère qu'elle ne m'en saura pas mauvais gré — et demande à l'expérience de mes collègues la solution des questions suivantes :

1° Le drainage, associé ou non à l'injection iodée, l'injection iodée simple, ou toute autre opération, peuvent-ils amener la guérison des kystes hordéiformes du poignet sans déterminer d'adhérences susceptibles d'entraver les mouvements des doigts ?

---

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 592.

2° En supposant que ces adhérences soient un résultat inévitable de l'opération, est-il de règle qu'elles disparaissent au bout d'un temps plus ou moins long?

Et comme corollaire :

3° Un chirurgien est-il autorisé à soumettre aux méthodes précitées un malade atteint de kyste hordéiforme, alors que le développement de la tumeur n'a encore amené que de la gêne dans les mouvement des doigts?

4° Convient-il, au contraire, à l'exemple de Dupuytren et de M. Gosselin, de se borner à un traitement palliatif, qui peut exceptionnellement amener la guérison, tel que la ponction simple répétée selon les besoins, à intervalles plus ou moins rapprochés, et aidés par la compression et différents topiques, jusqu'à ce que le développement du mal ou l'apparition de complications, réclame une intervention plus active?

Je me crois d'autant plus autorisé à soumettre ces questions à l'appréciation de mes collègues que, tout récemment encore, j'ai eu l'occasion d'observer un second cas de kyste hordéiforme de la face dorsale du poignet, qui m'a prouvé combien était grande la divergence des opinions sur l'opportunité et le choix des méthodes applicables à ces sortes de tumeurs, à la période que j'indique.

Je termine par l'exposition très-brève de ce fait.

Obs. II. — Il s'agit d'un jeune homme de trente-deux ans, domestique à Paris, 36, rue La Fayette, et qui, originaire des environs d'Amiens, vint me consulter pour un kyste hordéiforme de la face dorsale du poignet, qui l'avait forcé de quitter momentanément son service.

Ce jeune homme m'a dit avoir été vu par deux de nos collègues, MM. Labbé et Chassaignac.

Le début de la tumeur remonte à environ dix-huit mois; comme elle est identique, au point de vue du siége et des troubles fonctionnels, à celle dont j'ai donné tout à l'heure une histoire plus détaillée, je me borne à extraire les quelques points suivants des renseignements que ce malade m'a donnés.

Il aurait été d'abord soigné par un praticien de Paris, qui lui aurait fait, avec un trocart explorateur, deux ponctions, qui n'auraient donné issue qu'à quelques gouttes de liquide.

Du 15 décembre 1873 au 15 janvier 1874, il se serait trouvé dans le service de M. Labbé, qui, après lui avoir fait une ponction exploratrice avec le trocart capillaire de Pravaz, aurait essayé des applica-

tions de cautère actuel, dont il conserve les traces sur la main et l'avant-bras.

M. Chassaignac, consulté à son tour, aurait conseillé le drainage.

Un médecin du Pas-de-Calais l'a soumis pendant un mois sans succès à une compression permanente.

Pour ma part, je lui ai conseillé de continuer la compression, à la condition d'essayer préalablement une ponction au moyen d'un trocart d'un calibre convenable.

Peut-on trouver, daus le traitement d'une affection chirurgicale, une discordance plus complète?

Aussi m'estimerai-je bien heureux si ma communication avait pour effet de donner à la Société de chirurgie l'occasion d'élucider cette question intéressante de pratique chirurgicale; car assurément plus d'un médecin a comme moi à cœur de savoir si les incertitudes et les hésitations que j'ai signalées sont inévitables et liées à la nature de l'affection, ou si l'on peut sans danger recourir de bonne heure à l'une ou l'autre des méthodes qui promettent une guérison radicale.

DISCUSSION

M. DESPRÈS. Je considère comme dangereuse toute tentative opératoire faite sur un kyste hordéiforme, avant que l'ouverture spontanée de ce kyste ne soit imminente. Il en est tout autrement quand on se trouve aidé par ce travail naturel; et les résultats que l'on obtient sont presque toujours satisfaisants, et les mouvements peuvent être conservés.

M. BOINET. Je crois qu'on a bien fait d'établir une grande distinction entre les kystes synoviaux proprement dits et les kystes hordéiformes. Les kystes synoviaux guérissent facilement, soit par la compression, soit par la ponction. Il n'en est pas de même des kystes hordéiformes : j'en ai vu un certain nombre de la grosseur d'une bille occupant la face dorsale du poignet et datant de plus de six mois; c'est même à l'ancienneté du kyste que l'on doit attribuer la formation des grains riziformes qui manqueraient absolument si l'on opérait de bonne heure. Dans un cas de la sorte, tout dernièrement, j'ai vidé le kyste avec un ténotome; j'ai fait glisser avec soin sur la lame les grains qu'il contenait; puis, au bout de quinze jours, j'ai ponctionné la petite tumeur à l'aide d'un trocart, et j'ai injecté une petite quantité de teinture d'iode. Aujourd'hui la malade est absolument guérie et, chose que je constate, les tendons extenseurs sont absolument libres d'adhérences; je ne crois pas, en effet, que la teinture

d'iode soit susceptible de produire une inflammation adhésive; elle détermine une simple modification des surfaces, je me rappelle avoir opéré de la même manière, il y a dix ans, un employé qui portait sur la face dorsale du poignet un kyste du volume d'un œuf. Il a parfaitement guéri et n'a jamais présenté la moindre adhérence.

M. GUÉRIN. J'avoue qu'autrefois je craignais de toucher aux kystes du poignet, et j'appréhendais avec raison, je crois, les complications inflammatoires qui pouvaient résulter de l'intervention chirurgicale. Depuis que j'ai pu apprécier les bons effets du pansement ouaté, je n'hésite pas à ouvrir largement ces cavités kystiques, de façon à ne pas avoir de fusées, et à interposer même quelques fragments d'ouate entre les lèvres de la plaie que j'ai faite. Les malades opérés de la sorte guérissent très-vite et se servent de leur main sans la moindre roideur.

ÉLECTION DE TROIS MEMBRES CORRESPONDANTS.

Au premier tour de scrutin sont nommés :
MM. Pamard avec 22 voix; M. Vast avec 21.
Au second tour, M. Puel avec 23 voix.

La société se forme en comité secret à cinq heures dix minutes.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1874.

Présidence de M. PERRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de médecine de la semaine.

MM. DENEFFE et VAN WETTER, professeurs à l'université de Gand, offrent leur ouvrage sur *la Ponction de la vessie*.

M. MORÉ (de Besneuil) adresse un travail manuscrit sur *la Frac-*

ture de la clavicule (commissaires : MM. Dubrueil, Horteloup, Le-dentu.)

M. VERNEUIL fait hommage d'un travail imprimé intitulé : *Des névralgies traumatiques secondaires précoces.*

MM. PUEL (de Fergeac) et VAST (de Vitry-le-François) remercient la société de leur nomination au titre de membre correspondant national.

RAPPORT

M. GUÉRIN fait un rapport verbal sur un travail de M. Surmay. Il s'agit d'une hernie entéro-épiploïque étranglée depuis huit jours, et pour laquelle M. Surnay a pratiqué la kélotomie. Il a trouvé l'intestin largement gangrené et a fait l'anus contre nature. Après avivement et suture du bord de l'orifice anormal, la guérison a été obtenue au bout de six mois.

Ce que je tiens à signaler de particulièrement intéressant dans le fait de M. Surmay, c'est la présence de deux éperons bien distincts; fait qui explique la nécessité de deux ou trois entérotomies pour le rétablissement de la perméabilité de l'intestin. M. Surmay a du reste, selon moi, le tort d'appeler son opération une anaplastie. C'est un avivement suivi d'une réunion par seconde intention. Le fait de M. Surmay est d'ailleurs intéressant à un point de vue qui n'a peut-être pas été envisagé par l'auteur. M. Surmay dit avoir passé son doigt autour de l'anneau pour chercher les adhérences; j'estime qu'il ne faut pas s'exposer à les rompre quand elles existent : et je serais, par suite, opposé à cette manœuvre; il en est de même du débridement de l'anneau. Je ne suis pas non plus partisan de cette pratique. En résumé, je propose la publication du fait très-instructif, rapporté par M. Surmay, en même temps que le renvoi au comité de publication d'une observation intitulée : *Ankylose en pronation de l'articulation radio-cubitale inférieure gauche. Abcès froid sous-musculaire de la face palmaire de l'avant-bras du même côté chez un tisseur.* Bien que M. Surmay attache peut-être une importance trop exclusive à la profession de son malade, considérée comme étiologie; puisque la position vicieuse due à cette profession n'était pas constante, il y a dans cette observation des aperçus d'un grand intérêt.

Les conclusions de M. Guérin sont adoptées.

Hernie entéro-épiploïque étranglée depuis huit jours. — Opération. — Intestin largement gangrené. — Anus

contre nature. — Guérison au bout de six mois, après avivement et suture des bords de l'orifice anormal. — Messieurs, le fait dont je viens vous prier de vouloir bien entendre la communication ne vous présentera rien de nouveau, ni même de particulièrement curieux dans son genre, mais il n'est pas commun, et il fait honneur à l'art. A ce double titre, il m'a paru mériter d'être enregistré, et c'est pourquoi je me suis résolu à vous en offrir l'exposé.

Le 30 novembre 1873, dans la soirée, entrait à l'hôpital de Ham le nommé D..., âgé de vingt-sept ans, employé comme valet de charrue dans une ferme située à 10 kilomètres de Ham; il avait été pris, huit jours auparavant, de tous les symptômes de l'étrauglement herniaire. On avait regardé cela comme une maladie vénérienne, on ne lui avait donné aucun soin, et, finalement, on l'avait renvoyé chez ses parents, qui avaient refusé de le recevoir. C'est ainsi qu'il était venu échouer, à huit heures du soir, à la porte de l'hôpital, où l'on faisait encore quelques difficultés pour le recevoir.

Voici dans quel état je le trouvai : face profondément altérée, peau froide, pouls petit et accéléré, vomissements fécaloïdes. La bourse droite était remplie par une hernie grosse comme les deux poings et qui, depuis huit jours, n'était pas rentrée. Le malade me dit qu'il avait toujours eu cette hernie, et qu'elle n'avait jamais été maintenue par un bandage. La tumeur était uniformément ovoïde, et il n'était pas possible d'en séparer ni le cordon ni le testicule, dont je soupçonnais seulement la situation par la douleur spéciale que causait la pression sur un point de l'extrémité inférieure de la tumeur. C'était une hernie congéniale.

Il n'y avait guère de chances de pouvoir obtenir une bonne réduction par le taxis, et il n'était pas prudent d'insister sur ce mode de traitement. Aussi ce fut par acquit de conscience que je chloroformai immédiatement le malade et que j'exerçai à peine quelques pressions extrêmement mesurées sur la tumeur qui naturellement résista. Je proposai alors l'opération, et j'insistai sur l'urgence extrême qu'il y avait à la pratiquer. D... refusant absolument d'y consentir, il ne me restait qu'à tenter la ponction aspiratrice à laquelle il voulut bien se soumettre. Je pus extraire ainsi, par deux ponctions, environ deux cuillerées à soupe d'un liquide rosé à odeur intestinale, mais non gangréneuse, après quoi j'essayai encore une fois de faire rentrer la hernie. Il n'en fut rien, et je dus quitter le malade après l'avoir placé dans une position déclive du bassin à la tête, les cuisses dans la flexion, et prescrit un lavement purgatif.

Le lendemain matin, 1er décembre, D... consentit à l'opération, et je la pratiquai sur-le-champ.

Une incision d'environ 20 centimètres ouvrit un vaste sac où je trouvai au milieu d'une sérosité abondante une anse de l'intestin grêle de 12 à 15 centimètres de longueur, recouverte en partie par une masse épiploïque assez volumineuse et, en bas, par le testicule. La partie convexe et la plus saillante de l'anse intestinale présentait uue plaque gangréneuse, longue de 4 à 5 centimètres et occupant environ le tiers du pourtour du tube intestinal ; l'épiploon était congestionué, mais paraissait vivant. Avec le plus grand ménagement, j'explorai du doigt l'anneau inguinal, où je ne rencontrai pas d'adhérence, et je pratiquai un léger débridement. Cela fait, j'incisai la partie gaugrénée de l'intestin et les liquides intestinaux s'écoulèrent en abondance. Je plaçai une ligature sur l'épiploon hernié, et je l'excisai au ras du fil; enfin la plaie fut recouverte d'une masse de charpie.

Il ne se passa rien de particulier jusqu'au cinquième et sixième jour après l'opération, mais alors je m'aperçus que les liquides intestinaux, au lieu de sortir par l'ouverture que j'avais faite, s'échappaient entre l'intestin et l'angle externe de la plaie abdominale. L'exploration me fit découvrir, à 3 centimètres environ de l'orifice terminal de l'intestin, une ouverture longue d'au moins 3 à 4 centimètres, et qui paraissait se perdre derrière l'anneau exterue. Cette ouverture, conséquence d'un sphacèle qui avait échappé au premier examen, était séparée de la première par un pont de tissus sains long de 5 à 6 centimètres. C'est par elle que sortaient tous les liquides dont aucune partie ne paraissait atteindre le bout inférieur de l'intestin hernié, lequel était séparé du bout supérieur par un promontoire extrêmement volumineux. Les matières intestinales sortaient environ une heure après le repas.

Je dirai tout de suite que, dans le but de suppléer à la digestion incomplète des aliments, je ne tardai pas à faire donner chaque jour au malade deux lavements alimeutaires. Ces lavements, habituellement introduits par l'auus, le furent quelquefois par le bout inférieur que je m'appliquai à maintenir dans un état suffisant de dilatation.

Vingt jours après l'opération, D... rendit, pour la première fois, par l'anus une selle composée de boules dures qu'on ne me montra pas.

Le 29 décembre, les matières continuant à sortir uniquement par l'ouverture cachée littéralement dans le fond de la plaie, j'appliquai l'entérotome sur le pont qui la séparait de l'ouverture terminale. Le même jour, on me montra une selle que le malade avait eue par l'anus ; elle était composée de matières fécales de couleur gris bru-

nâtre, en forme de boudin marronné et gros comme les deux pouces, et d'une plus grande quantité de matière blanchâtre d'apparence gélatineuse et semblable à du frai de grenouille condensé.

Le 1er janvier l'entérotome tomba, et dès lors l'écoulement des matières se fit par un seul et large orifice bien ouvert au dehors. Mais cet orifice restait séparé de celui du bout inférieur par un éperon dont la saillie empêchait absolument toute communication de l'un avec l'autre. De plus, la muqueuse, très-boursouflée, très-rouge, formait un repli très-volumineux qui fermait de temps en temps le bout supérieur et arrêtait l'écoulement des matières; il en résultait des coliques, du ballonnement du ventre, des vomissements jusqu'à ce qu'au moyen d'une sonde j'eusse rendu l'évacuation possible. C'était lors de ces accidents, que les mouvements péristaltiques, toujours visibles d'ailleurs sur les deux bouts de l'intestin, étaient surtout énergiques.

Le 28 janvier, nouvelle selle anale composée de trois boudins longs de 4 à 5 centimètres chacun et de couleur grisâtre comme les selles des ictériques.

La rétraction des deux bouts de l'intestin sous l'anneau se fit peu à peu, mais bien plus sur le bout inférieur que sur le supérieur et l'éperon devint ainsi de plus en plus saillant, en même temps que la plaie abdominale se rétrécissait.

Le 5 février, deux mois après la kélotomie, j'appliquai l'entérotomie sur l'éperon et sur une longueur de 5 centimètres environ. Il tomba le 11 février. A la suite de cette opération, il se forma un infundibulum dans lequel la muqueuse boursouflée rentra en partie, et au fond duquel le doigt sentait l'éperon tranchant et d'une hauteur d'environ 1 centimètre et demi. Cet infundibulum, tout entier intestinal, devint de plus en plus profond, l'éperon rentra un peu vers la cavité abdominale et arriva à dépasser à peine l'orifice extrême de l'anneau inguinal. Mais les matières intestinales continuaient à sortir par l'anus accidentel, à l'exception de deux selles d'aspect normal qui se firent par le rectum, le 27 et le 28 février.

Après avoir, pendant quelques jours, essayé en vain d'un bandage compressif, j'appliquai une seconde fois l'entérotome, le 7 mars, mais sur une très-petite longueur, voulant achever d'inciser l'éperon à petits coups. Cette précaution me parut commandée par la situation de plus en plus profonde de l'éperon.

Le 17 mars, troisième entérotomie.

Le 20 mars, je constatai avec le petit doigt que l'éperon avait été incisé sur une longueur d'environ 1 centimètre au moins, et que la

cloison qui séparait les deux orifices de l'intestin était située à pareille distance de l'orifice externe de l'anneau inguinal.

Le 21 mars, selle, par le rectum, abondante et tout à fait normale de couleur et de consistance. A partir de ce jour, il n'en fut plus autrement, tant que le malade restait couché; mais les matières s'écoulaient par l'ouverture accidentel quand il était levé. Aussi lui fut-il prescrit de ne pas quitter le lit.

Le 28 mars l'orifice abdominal n'avait plus que 1 centimètre à 1 centimètre et demi dans son plus grand diamètre qui était le transversal, et la muqueuse faisait au dehors une hernie de la grosseur d'une cerise. J'explorai la plaie au moyen du petit doigt, et voici ce que je constatai :

Aussitôt après avoir traversé l'orifice extérieur de la plaie abdominale, le doigt porté en dedans tombe sur la branche horizontale du pubis, qu'il suit jusqu'à l'épine de cet os, parcourant ainsi une cavité assez étroide, tapissée par une muqueuse lisse et bien lubréfiée. En ramenant le doigt en dehors vers l'orifice extérieur, on arrive à l'anneau inguinal dans lequel on pénètre aisément et l'on entre ainsi dans une cavité située plus profondément que la première et qui est comprise dans la cavité abdominale elle-même, tandis que la première était en dehors. Le doigt se trouve appliqué en bas sur l'artère iliaque externe dont il suit les battements. En continuant d'enfoncer le doigt on reconnaît que l'on est daus un bout d'intestin. Si alors on ramène le doigt vers l'extérieur, on sent une cloison par-dessus laquelle on passe, et l'on entre dans un autre bout d'intestin. Celui-ci est le bout supérieur, l'autre était le bout inférieur. La distance de la cloison à l'orifice cutané est de 4 centimètres environ, et la distance de la cloison à l'orifice externe de l'anneau inguinal est d'environ 1 centimètre. Il est certain que la membrane qui tapisse toute la cavité intermédiaire à l'orifice cutané et au canal inguinal est la muqueuse intestinale. Du reste, j'ai vu de la manière la plus manifeste les adhéreuces s'établir entre les parois de la plaie extérieure et la surface péritouéale de l'intestin.

Le 2 avril, afin de favoriser le rapprochement des bords de la plaie abdominale et l'oblitération de l'orifice qu'elles circonscrivaient, je me décidai à supprimer le bourrelet muqueux qui persistait à l'obstruer en faisant au dehors sa saillie déjà signalée. Pour cela, j'appliquai l'entérotome à la base de ce bourrelet.

Le 4 avril, l'instrument tomba, ayant coupé la muqueuse intestinale qui, dès lors, affleura encore l'orifice, mais ne le dépassa presque pas. Le rapprochement des bords de la plaie refoulant complétement la

muqueuse, je fis maintenir ce rapprochement au moyen d'une masse de charpie placée comme un coin dans le pli de l'aine et retenu par la branche verticale d'un bandage en T.

Le 27 avril, presque cinq mois après la kélotomie, n'ayant pas obtenu de résultat satisfaisant, l'orifice dont les bords étaient très-durs, ne montrant plus aucune tendance à se rétrécir et gardant depuis longtemps les mêmes dimensions, qui étaient de 1 centimètre en tous sens, je me résolus à en demander l'oblitération définitive à l'anaplastie.

Pour cela, j'avivai les bords sur une étendue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, j'avivai la muqueuse elle-même sur une étendue de 6 à 8 millimètres environ, puis je fis le rapprochement des bords avivés au moyen de quatre fils d'argent qui, introduits par la peau saine d'un bord, allaient sortir par la surface avivée à une petite distance de la muqueuse et traversaient ensuite l'autre bord en sens inverse.

Le 28 avril, du liquide intestinal avait mouillé les lèvres de la plaie, les fils étaient relâchés et avaient un peu coupé les tissus, bien que ceux-ci n'eussent pas subi une tension notable, le rapprochement des bords ayant été rendu très-facile par le glissement très-libre de la peau.

Le 29 avril, des matières intestinales étaient sorties entre les lèvres de la plaie, que deux fils avaient entièrement coupées. J'appliquai alors trois épiugles eutortillées que j'enfonçai à 1 centimètre des bords.

Le 30. Je plaçai cinq nouvelles épingles.

Le 1er mai, je constatai que trois épingles avaient coupé un bord de la plaie, laquelle était devenue au moins quadruple de ce qu'elle était avant l'avivement. Les matières continuaient de s'échapper par l'anus anormal. Je rapprochai les bords par des bandelettes de sparadrap qui recouvraient la plaie sur toute son étendue, et je maintins le tout au moyen d'une masse de charpie, ainsi que je l'avais fait avaut d'avoir recours à la suture.

Le 3 et le 4 mai j'enlevai les dernières épingles. Il n'y avait pas d'adhésion, mais les bords de la plaie bourgeonnaient bien. Dès le 4, les matières intestinales avaient repris leur cours normal, et dès lors il ne s'écoula plus par l'anus accidentel, qu'une quantité extrêmement minime de liquide. Au moyen de charpie massée dans le pli de l'aine et maintenue par un bandage approprié, la lèvre inférieure de la plaie fut rapprochée de la supérieure.

Sans ce pansement appliqué tous les jours, et tenu en place avec

beaucoup de soin par le malade qui y veillait avec une grande attention le bourgeonnement des bords de la plaie continua à se faire, ces bords s'agglutinèrent progressivement, et enfin, le 16 juin, ils étaient réunis par une cicatrice parfaite, et l'oblitération de l'anus artificiel était complète.

Je gardai encore le malade pendant un mois, pour m'assurer de la solidité de la guérison. Il sortit vers la fin de juillet après un séjour de sept mois à l'hôpital. Je l'ai rencontré dernièrement conduisant ses chevaux et fort satisfait de sa situation, qui est la suivante :

Quand l'homme est debout, on voit à la face où était la hernie opérée une tumeur légèrement saillante au-dessus de la peau, molle, allongée dans le sens transversal et s'engageant un peu dans la portion supérieure du scrotum. Cette tumeur est réductible avec gargouillement. C'est évidemment ce qui reste de l'anse intestinale herniée et qui n'a pu rentrer dans la cavité abdominale. Cela forme une poche intermédiaire aux deux bouts de l'intestin et en libre communication avec eux, comme une espèce de diverticulum. Par mesure de précaution, le malade porte un bandage muni d'une pelote concave que j'ai fait spécialement adapter à la tumeur qu'il s'agit de maintenir.

Tel est le fait qui m'a paru n'être pas indigne de l'attention de la société. Ce n'est pas autre chose qu'un nouveau cas de cure radicale de l'anus contre nature par l'entérotomie et l'anaplastie. S'il devait s'en dégager un enseignement particulier, ce serait, je crois, celui de ne pas m'imiter et de ne pas employer, comme je l'ai fait, la suture à points séparés avec des fils d'argent ; car j'incline à penser que j'eusse obtenu un succès plus facile si j'avais appliqué tout d'abord la suture entortillée ou, mieux peut-être encore, la suture enchevillée, ainsi que plusieurs de nos maîtres nous en ont donné l'exemple.

Ankylose en pronation de l'articulation radio-cubitale inférieure gauche. — Abcès froid sous-musculaire de la face palmaire de l'avant-bras du même côté, chez un tisseur. — Le 27 juillet 1874, était admis à l'hôpital de Ham, le nommé C ... entré depuis deux mois comme recrue au 87e de ligne.

Ce garçon, d'assez chétive apparence, portait sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, immédiatement au-dessus du poignet, une tumeur de peu de volume, occupant à peu près toute la largeur de la région, fluctuante, modérément douloureuse et ressemblant, au premier aspect, à un kyste synovial. Le siége principal de la douleur n'était pas cette tumeur, mais l'extrémité supérieure de l'avant-bras

immédiatement au-dessous du pli du coude. En cet endroit, la peau, qui portait la trace d'un vésicatoire volant, était légèrement soulevée: La palpation attentive donnait une sensation confuse de fluctuation profonde. Il semblait même que cette fluctuation se communiquait par une pression alternative de la tumeur supérieure à l'inférieure et réciproquement. Le mal avait débuté, trois mois environ auparavant, par une douleur à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras. Puis la région du poignet était elle-même devenue douloureuse et avait montré peu à peu une augmentation de volume. Toutefois cela n'avait pas empêché ce jeune homme de se livrer à son travail. Après son entrée au régiment, il avait, pendant quelque temps, pris part aux exercices militaires, mais il avait dû cesser bientôt à cause de la douleur qu'il éprouvait en maniant le fusil, et il était entré à l'infirmerie.

En examinant ce malade, je remarquai que la main gauche était toujours en pronation presque complète, et je m'assurai qu'elle était fixée dans cette position par une ankylose de l'articulation radio-cubitale inférieure. Les mouvements de rotation du poignet étaient à peu près nuls, mais les mouvements de flexion et d'extension étaient libres. Il n'y avait nulle trace de gonflement ni d'induration dans les parties composantes de l'articulation.

Interrogé sur cette particularité, C... m'affirma que depuis bien longtemps sa main était en cette position, que cela remontait à une époque qu'il ne pouvait fixer et s'était fait, sans doute petit à petit, sans causer jamais aucune douleur. Chose singulière! Cette ankylose et ces deux tumeurs fluctuantes de l'avant-bras avaient passé inaperçues lors de la révision. Le conscrit n'en avait pas parlé, et personne n'en avait fait la remarque.

Recherchant quelle pouvait être la cause de cette ankylose, et s'il y avait quelque relation entre elle et la double tumeur de l'avant-bras, j'appris que le malade était tisseur, de son état, et qu'un de ses oncles, tisseur comme lui, avait aussi la main gauche fixée dans la même position. Il n'en connaissait pas d'autre exemple dans sa famille ni parmi les tisseurs de son pays. Je pensai alors que la lésion de l'articulation radio-cubitale et celles de l'avant-bras avaient pour cause commune le travail professionnel. Il n'est peut-être pas indifférent d'ajouter que telle était aussi l'opinion du malade en ce qui regardait la difformité du poignet.

En effet, le tisseur se sert alternativement de ses deux mains pour faire son travail. De la main droite il met en mouvement la navette en tirant sur une corde qui pend devant lui comme un cordon de

sounette. La main gauche est constamment appliquée en pronation sur une barre transversale à laquelle est fixé le peigne, barre assez lourde, qu'elle saisit et attire vers l'ouvrier pour presser les uns contre les autres les fils que chaque passage de la navette a entraînés dans la chaîne. On comprend, dès lors, qu'une ankylose radio-cubitale inférieure puisse, en certains cas, être la conséquence d'un travail qui tient, tous les jours et pendant de longues heures, la main dans la position que j'ai indiquée, et qui est la pronation presque complète. Cette manière de voir me paraît corroborée par ce fait que l'oncle de ce jeune homme, occupé au même travail, est atteint de la même difformité.

Si mon appréciation est exacte, il y aurait, peut être, à ajouter aux difformités professionnelles l'ankylose radio-cubitale des tisseurs, car il n'est pas à ma connaissance qu'elle ait déjà été signalée.

Je reviens maintenant aux tumeurs fluctuantes de l'avant-bras.

Après mûr examen, je pensai avoir affaire à un abcès froid, en partie sous-musculaire et s'étendant de l'extrémité inférieure à l'extrémité supérieure de l'avant-bras. En conséquence, j'ouvris par une incision la tumeur inférieure. Il s'écoula une assez grande quantité de pus mêlé de sang plus ou moins altéré et présentant encore quelques petits caillots non désagrégés. Après m'être assuré au moyen d'un stylet que la tumeur inférieure et la supérieure communiquaient ensemble, j'incisai la tumeur supérieure, et je passai un drain d'une incision à l'autre. Je pus aussi constater que le trajet parcouru par le drain, sous-cutané dans son quart inférieur, était ensuite plus profondément situé, de telle sorte qu'on ne pouvait plus sentir à travers la peau le stylet explorateur qu'on y avait introduit, et qu'à son extrémité supérieure, il redevenait sous-cutané et se terminait près de l'épitrochlée.

L'incision inférieure avait découvert les tendons des muscles de la région superficielle de l'avant-bras.

Je supposais que le trajet en suppuration passait, en bas, entre les tendons des grand et petit palmaire, puis s'enfonçait sous la portion charnue de ces deux muscles et sortait enfin, pour redevenir sous-cutané entre le grand palmaire et le rond pronateur au niveau de l'attache épitrochléenne duquel il se terminait.

Au bout d'une quinzaine de jours, je supprimai le drain; un peu plus tard, une injection de teinture d'iode détermina la cicatrisation définitive, et le soldat put sortir guéri le 15 septembre.

Faut-il voir dans cet abcès un nouvel effet du travail professionnel? Telle est mon opinion, et il me semble plausible d'admettre que l'ab-

cès a été la conséquence d'un épanchement sanguin intermusculaire ayant eu, lui-même, pour cause la mise en action prolongée, répétée ou excessive des muscles fléchisseurs et pronateur de la main.

Je ne terminerai pas sans remercier la société de la bienveillance avec laquelle elle a bien voulu entendre l'exposé de faits qui, sans nul doute, n'ont pas à ses yeux l'intérêt qu'ils m'ont offert. En particulier, le dernier ne peut avoir quelque mérite que si l'interprétation que j'ai osé lui donner est fondée, et je sens bien qu'elle ne l'est pas assez pour être admise sans preuves ultérieures. Mais cette confirmation ou cette infirmation, à qui la demanderai-je, si ce n'est à vous, messieurs? Cette considération me vaudra, j'espère, votre indulgence.

DISCUSSION

M. TILLAUX. M. Guérin, dans son rapport, vient de toucher à une grosse question de pratique chirurgicale. Faut-il débrider dans un cas de hernie gangrenée? M. Guérin s'est prononcé pour la négative. Je ne partage point cet avis. Quaud l'intestin est ouvert, on trouve une extrême difficulté à faire sortir les matières par cet anus anormal; aussi me demandé-je si l'on doit accepter en principe qu'il ne faut pas débrider l'anneau; j'adopterais plutôt la pratique contraire, et je débriderais exactement, comme pour chercher à réduire, afin de faciliter l'issue des matières fécales.

M. LANNELONGUE. J'estime que, pour prendre une décision dans ce cas, il faut distinguer. Parfois l'issue des matières est rendue difficile par l'étroitesse même de l'orifice; mais il n'en est pas toujours ainsi. L'issue, difficile pour les matières solides, est encore assez aisée pour les liquides, surtout si l'on s'aide d'une grosse sonde. Aussi me rangerai-je à l'opinion de M. Guérin, surtout si je considère que, dans la suite, la guérison de l'anus contre nature sera d'autant plus facile à obtenir que l'orifice aura été plus étroit.

M. DESPRÈS. Mon opinion se rapproche beaucoup de celle de M. Tillaux. Deux fois j'ai fait l'opération de l'anus contre nature, et j'ai éprouvé une certaine difficulté à fixer l'intestin à la paroi abdominale, et je me suis convaincu qu'il faut se faire une place suffisante pour mener à bien cette fixation; j'ai donc débridé. Quant à l'obstacle à l'issue des matières fécales, il n'existe guère que dans les premiers vingt-quatre heures.

Dès que la débâcle arrive, le cours s'établit régulièrement, s'il ne survient point de péritonite comme chez les deux malades que je citais

à l'instant. Je crois donc qu'étant donnée une très-large ouverture, il n'y a rien à faire; mais que, dans le cas contraire, il faut débrider.

M. GUÉRIN. Il est évident que certaines propositions de ma communication peuvent prêter à contestation: Il faut distinguer à ce sujet les hernies crurales des hernies inguinales pour ce qui a trait au débridement. De par l'expérience qui m'est personnelle, je crois qu'il faut s'abstenir de débrider dans la hernie inguinale. L'anneau est, dans ce cas, toujours assez large, et le débridement ne pourra que faciliter la rentrée de l'intestin. Or l'on sait que ce qui peut arriver de plus favorable est l'immobilité parfaite de l'anse herniée et la création rapide d'adhérences. On peut établir en principe le contraire pour la hernie crurale. Le plus souvent, dans ce cas, une très-petite anse d'intestin, voire même parfois une partie d'anse seulement, est compromis. Je crois donc qu'il faut se garder d'être exclusif, et qu'il est nécessaire de se laisser guider par les circonstances et surtout par les conditions spéciales auxquelles on aura affaire.

M. LE FORT. Tout en pensant qu'il est impossible d'établir à ce sujet de règle générale et absolue, je pense que le débridement est, dans l'espèce, une bonne manœuvre; je crois également qu'il est utile d'attirer au dehors une petite portion d'intestin sain, afin d'empêcher l'épanchement de se faire dans le péritoine, quand il n'y a pas d'adhérence établie.

LECTURE

M. le docteur Dehoux, directeur de l'école de médecine de Port-au-Prince, lit une note intitulée : *Sur le traitement des fractures et des plaies.* (Commission : MM. Tillaux, Cruveilhier, Terrier, rapporteur.)

COMMUNICATION

M. DEMARQUAY fait la communication suivante :

Sarcome développé sur le trajet du nerf musculo-cutané. — Alexis M..., âgé de vingt-quatre ans, cultivateur, est entré le 4 août 1874 dans mon service.

Ce malade, pâle et d'un tempérament lymphatique, arrive de son pays pour se faire opérer d'une tumeur développée dans la paroi externe du creux de l'aisselle droite.

Il raconte que, depuis deux ans, il souffre de douleurs spontanées très-vives apparaissant surtout la nuit dans toute la longueur du bras

droit ; que le moindre effort détermine une fatigue telle qu'il ne peut plus se servir de sa main.

Qu'il y a seulement six mois, il constata dans l'aisselle une petite grosseur du volume d'un pois, d'où semblaient partir les douleurs, et que, depuis cette époque, elle s'est accrue insensiblement, au point d'atteindre le volume d'un marron.

Cette tumeur, située dans la paroi externe du creux axillaire, un peu au-dessus de l'insertion du grand pectoral à l'humérus, à égales distances de l'insertion des muscles grand pectoral et grand dorsal à grand diamètre, suivant l'axe du membre, sans changement de couleur à la peau, glisse sous les téguments dans le sens antéro-postérieur, ainsi que sous les tissus sous-jacents.

De forme ovalaire, elle est dure, résistante, à surface lisse, sans battements, indolente à une pression modérée. Une pression plus forte détermine des douleurs très-vives, qui irradient dans le bras et s'étendent jusqu'à la main en suivant les ramifications du nerf radial.

Les douleurs spontanées qui surviennent, surtout la nuit, ne descendent pas au-delà de l'apophyse styloïde du radius.

Le siége de la tumeur, les douleurs spontanées et provoquées, indiquent que la tumeur est développée au milieu du plexus brachial et probablement sur le trajet de l'un d'eux. On s'arrête au diagnostic *névrome*.

4 août. — M. Demarquay, craignant que la tumeur n'enveloppe plusieurs nerfs à la fois ou contracte avec eux des adhérences qui rendront la dissection difficile, et suivant le conseil de M. Ricord, administre préalablement le traitement antisyphilitique, quoique le malade ne présente aucun antécédent de syphilis, et fait envelopper la tumeur avec le coton iodé Méhu. Quelques frictions avec onguent napolitain furent faites. Loin de se modifier, la tumeur augmenta sensiblement de volume, et du 4 au 21 août, elle double de volume. Les douleurs spontanées deviennent de plus en plus vives, présentant ce caractère constant qu'elles irradiaient dans le bras et l'avant-bras sans jamais atteindre la main.

21 août. — L'opération est décidée. Le malade chloroformé. Le bras étant fortement relevé, M. Demarquay, par une incision cruciale intéressant la peau et l'aponévrose, met à nu la tumeur qui paraît appliquée sur le plexus brachial.

Disséquée et séparée sans peine des tissus sous-jacents auxquels elle adhère faiblement par quelques tractus celluleux, elle laisse voir au-dessous d'elle tout le faisceau vasculo-nerveux du bras, et n'est

plus retenu que par un cordon grisâtre, qui part des deux pôles, et qui n'est autre chose que le nerf aux dépens duquel s'est développée la tumeur. Ce nerf est le *nerf musculo-cutané*. Il s'est écoulé peu de sang.

M. Demarquay coupe alors au-dessus et au-dessous de la tumeur le cordon qui la retient encore. La plaie est refermée à l'aide de quatre points de suture métallique et pansée avec un linge glycériné.

22 août. — Pas de fièvre. Les douleurs spontanées ne se sont pas reproduites.

23 août. — Même état.

24 août. — Le malade, à la visite du soir, est pris d'une fièvre très-intense, T. 40°,3. Les bords de la plaie sont rouges. Le bras est tuméfié. Sulfate de quinine, 30 centigrammes.

25 août matin. — M. Demarquay observe, sur la face antérieure du bras, une rougeur vive qui s'étend jusqu'au pli du coude. C'est un phlegmon diffus au début.

M. Demarquay enlève les fils, fait à la partie moyenne du bras une longue incision, d'où s'écoule du sang et à peine quelques globules de pus.

26. L'incision a enrayé le phlegmon. La fièvre tombe. La plaie perd son caractère inflammatoire.

29 août. — Le malade se trouve mieux. L'appétit est revenu. Plus de fièvre. Sommeil. Le malade est en voie de guérison.

31 août. — Même état.

Il sort complétement guéri.

Examen anatomique d'une tumeur développée au niveau de l'extrémité externe du plexus brachial, par M. Chouppe. — Tumeur allongée, ellipsoïde, entourée d'une zone de tissu conjonctif assez lâche. Cette tumeur est tapissée à toute sa surface par des filaments grêles et déliés. Cette tumeur pèse 80 grammes.

A l'état frais, les éléments de la tumeur, examinés par le raclage, se présentent sous forme de petites cellules arrondies, égales et munies d'un noyau. Un grand nombre de ces cellules sont en dégénérescence granulo-graisseuse. Leur volume est à peu près celui d'un leucocyte ordinaire.

Après durcissement dans l'alcool, l'on examine des coupes minces faites en différents points de la tumeur et en différents sens.

Toutes ces coupes offrent des caractères communs et sont composées : 1° d'un réticulum, 2° des éléments propres de la glande ; 3° des vaisseaux.

1° *Réticulum* formé d'éléments jeunes de tissu conjonctif et surtout de cellules fusiformes, disposées sous forme de traînées s'entre-croisant en divers sens, formant la charpente de la tumeur, mais ne constituant pas de cloisons complètes ni des alvéoles. Cette charpente est légère et, je le répète, formée d'un tissu conjonctif très-jeune et en voie de prolifération très-active.

2° *Le tissu propre de la tumeur* est exclusivement constitué par les petits éléments arrondis dont nous avons parlé précédemment, ceux-ci ont un noyau qui se colore vivement par le carmin. Ils sont fortement pressés les uns contre les autres, quelque-uns déformés et beaucoup sont devenus granuleux.

3° La *tumeur* est riche en *vaisseaux* d'un calibre assez fort n'ayant qu'une seule paroi et ramifiés.

En résumé, cette tumeur est un sarcome à petites cellules dont l'évolution a dû être très-rapide, ainsi que le montrent et le nombre considérable des éléments qui la composent et l'état jeune du tissu conjonctif.

Comment se comporte le nerf à l'égard de la tumeur? Tel était le dernier point qui restait à résoudre. Des coupes nombreuses faites en divers points, aussi bien à la surface que dans la profondeur, ne nous ont pas présenté une seule fibre nerveuse.

Mais à la périphérie, vers la partie supérieure de la tumeur, il nous a été facile de retrouver des faisceaux nerveux englobés dans la coque qui enveloppe la tumeur. Ces faisceaux ne sont plus réunis pour former un tronc nerveux; ils sont aplatis, dissociés et entièrement adhérents à la surface du néoplasme. Plus bas, il semble impossible de les retrouver, et ils paraissent avoir été complétement étouffés dans la tumeur.

Il serait donc permis de croire que la néoplasie a pris naissance tout d'abord aux dépens du névrilème, seul organe qui lui soit adhérent.

ÉLECTION DU BUREAU POUR 1875.

Sont nommés :
Président, M. Le Fort.
Vice-président, M. Houel.
Secrétaire et vice-secrétaire, MM. Marc Sée et Paulet.
Trésorier, M. Nicaise.
Archiviste, M. Terrier.

La société se forme en comité secret à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : DE SAINT-GERMAIN.

RAPPORT

1° Sur un mémoire de M. Claudot, médecin-major à l'hôpital militaire de Fort-National, ayant pour titre : *Essai sur les corps étrangers du conduit de Warthon et leurs rapports avec la grenouillette ;*

2° Sur une observation, par M. Terrier, professeur agrégé, de *Calcul salivaire volumineux ayant donné lieu à l'ablation presque totale de la glande sous-maxillaire.*

(Commissaires : MM. Dolbeau, Horteloup, Forget, *rapporteur*.)

Messieurs, depuis la présentation à la Société de chirurgie de mon mémoire sur *l'Origine, la nature et le siège de la grenouillette* (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. II), j'ai été appelé à vous entretenir du même sujet comme rapporteur, en 1853, du mémoire de Jarjavay relatif à la dilatation des conduits sécréteurs des glandes salivaires (*Mém. Soc. chir.*, t. II). Plus récemment d'un travail de M. Bouchard ayant trait à un cas de grenouillette aiguë (*Bulletin de la Soc. de chir.*, novembre 1869), et en dernier lieu d'un autre travail de M. le docteur Perrier sur la coexistence de la grenouillette et d'un kyste sushyoïdien (*Bull. Soc. de chir.*, août 1870).

Ces divers travaux, et les rapports auxquels ils donnèrent lieu, ont été l'objet de discussions qui ont contribué à éclairer la question de pathogénie dont je suis conduit de nouveau à vous entretenir à l'occasion de deux travaux qui ont été adressés à notre société : l'un par M. le docteur Maurice Claudot, médecin-major à l'hôpital de Fort-National, et l'autre par M. le docteur Terrier, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Je m'occuperai d'abord du mémoire de M. Claudot qui, à un point de vue plus général, traite des lésions de canalisation des voies salivaires, me réservant de faire intervenir dans cette étude le travail de M. Terrier, que son identité pathologique avec le premier en rapproche naturellement.

Le mémoire de M. Claudot qui a pour titre : *Essai sur les corps étrangers du conduit de Warthon et leurs rapports avec la grenouillette,* comprend deux parties distinctes : la première consacrée

à l'historique des diverses grenouillettes, conclut à l'existence de kystes sublinguaux que différencient leur origine, leur siége et leur nature ; les uns occupant les voies salivaires et les autres développés en dehors de celles-ci. D'où la classification adoptée par l'auteur et justifiée par l'observation clinique, à savoir :

1° Kystes muqueux (dilatation des glandules ou follicules mucipares) ;

2° Kystes salivaires (ectasie des conduits salivaires) ;

3° Kystes séreux (bourses de Fleischmann);

4° Kystes dermoïdes (cavités closes de formation nouvelle).

Le rappel historique que j'ai fait, dans les premières lignes de ce rapport, des nombreuses discussions auxquelles s'est livrée la Société de chirurgie sur le sujet en question, me dispense d'insister sur cette première partie du mémoire de M. Claudot, n'ayant d'ailleurs rien à ajouter aux opinions que j'ai émises dans mes précédents rapports et qui sont aujourd'hui le plus généralement admises.

Toutefois je fais une réserve au sujet des kystes séreux, en ce qui concerne leur siége, et je crois opportun de retenir votre attention sur ces kystes constitués, d'après l'auteur, par les bourses de Fleischmann.

La communication de notre collègue M. Tillaux, dans notre séance dernière, fait, de ce point de pathogénie, une actualité qui veut qu'on s'y arrête.

En acceptant cette origine pour la formation et la constitution anatomique de cette variété de kystes sublinguaux, j'ai cru que M. Claudot en donnait une démonstration péremptoire, et que la solution d'un problème anatomique jusqu'alors introuvable pour la plupart de ceux qui l'ont cherchée, était enfin obtenue. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et après la lecture du travail de notre confrère on voit que l'obscurité qui règne en cette matière n'est pas encore dissipée.

Voici, en effet, comment s'exprime M. Claudot :« En 1842 (*Archives de médecine*, t. XIII, page 160), Fleischmann crut trouver une bourse muqueuse ou séreuse dans le sillon linguo-maxillaire. Il y plaça le siége de la grenouillette ; malheureusement la description qu'en donne M. Fleischmann lui-même, en indiquant des cloisons cellulaires à son intérieur, montre que cette bourse muqueuse n'est autre chose que le tissu cellulaire lâche et lamelleux que tous les anatomistes ont signalé en cette région. Jobert de Lamballe, qui a surtout soutenu l'existence de la bourse de Fleischmann, n'en donne nulle part la preuve anatomique ; toutes ses observations à l'appui se

bornent à établir que la tumeur ne siégeait pas dans le conduit de Warthon (voir *Stomatoplastie, Chir. plastique*, t. II). »

D'après Jobert, la direction et la forme de ces kystes séreux indiqueraient le siége et la direction de la bourse séreuse elle-même qui en serait le point de départ originel :

« La tumeur tend à faire saillie sur les côtés de la langue où elle envoie des prolongements sinueux. Jamais elle ne fait une saillie directe sur la ligne médiane, à cause de la résistance du plan musculaire épais qui s'y trouve (génio-glosse, génio-hyoïdien et digastrique). Elle tend à se placer sur les côtés et à s'insinuer entre ces muscles et les glandes sous-maxillaires.

« La tumeur peut se développer de chaque côté de la langue et proéminer tout à la fois du côté du cou et à l'intérieur de la bouche ; dans ce cas la fluctuation se renvoie distinctement de l'un à l'autre. Le liquide que contient le kyste est blanc, lié, quelquefois transparent ou épaissi, souvent coloré en jaune, plus ou moins filant ; il est mêlé à une certaine quantité de sérosité. »

A coup sûr, messieurs, il n'est pas contestable que les tumeurs sublinguales, qui s'offrent avec ces caractères cliniques, ne ressemblent pas à celles qui, superficiellement situées sous la membrane muqueuse du plancher de la bouche de chaque côté du frein, et constituées par l'amas de la salive à l'intérieur des conduits salivaires oblitérés, forment en très-grande proportion la grenouillette vulgairement observée. Faut-il en conclure que, comme le pensait Jobert, elles occupent, non plus une cavité close accidentelle, formée aux dépens du tissu lamineux de la région, mais bien à l'intérieur d'une cavité naturelle préexistante, découverte par Fleischmann, et qui aurait été retrouvée récemment par notre honorable collègue M. Tillaux.

C'est aux recherches ultérieures des anatomistes à nous éclairer à cet égard ; elles seules décideront en dernier ressort qui ont raison de ceux qui, comme Frerichs, Weber, et je puis y ajouter M. Verneuil, qui, au dire de M. Claudot, aurait trouvé la bourse de Fleischmann deux fois sur dix, admettent l'existence de celle-ci ; ou de Malgaigne, Sappey, Richet, Bertherand qui la nient, avec Wirchow, qui, dans son *Traité des tumeurs*, déclare n'avoir jamais réussi à la rencontrer.

Je ne voudrais pas que cet appel à de nouvelles recherches, pour trancher la question en litige, fût considéré comme une négation du fait anatomique sur lequel notre collègue a récemment appelé l'attention. J'en reconnais toute l'importance, et c'est une simple réserve que j'entends faire quant à la nature et à la formation de la cavité kystique qu'il a soumise à notre examen.

« Elle ne se rencontre pas toujours», a dit M. Tillaux. Eh bien, si cette bourse dite de Fleischman n'est pas une disposition congéniale constante, c'est que vraisemblablement elle n'est pas d'une utilité physiologique bien grande, ce qui conduit à se demander si son existence n'est pas une anomalie originelle ou le produit accidentel d'une formation secondaire. Car on ne peut se refuser à admettre que tout fait anatomique normal, si petite que soit la place qu'il occupe dans l'organisme, a sa raison d'être physiologique : or quelle est celle de la prétendue bourse de Fleischmann? quel rôle remplit-elle? quelle fonction lui est dévolue? c'est là ce qu'il importe de préciser et ce que n'ont pas fait jusqu'à présent les anatomistes qui en admettent l'existence.

Je sais bien que M. Tillaux a cherché dans la pathologie de la région linguo-maxillaire la démonstration clinique de cette bourse séreuse, dont l'ampliation rapide due à l'épanchement de la salive dans sa cavité, par suite d'une communication préétablie entre elle et le conduit de Warthon oblitéré, constituerait la grenouillette aiguë. Mais, en m'en référant à l'observation des symptômes qui caractérisent celle-ci, à l'instantanéité de son développement, qui n'a pas été précédée d'une lésion appréciable des voies salivaires, et surtout de la distension du conduit de Warthon nécessaire pour expliquer sa rupture et l'épanchement salivaire qui en serait la conséquence, je ne considère pas cette preuve tirée de la clinique comme étant concluante.

Déjà M. Dolbeau a cité plusieurs faits de grenouillettes aiguës, de nature l'une sanguine et deux autres séreuses dont l'apparition brusque ne s'explique pas par le mécanisme que M. Tillaux a décrit et moi-même dans un rapport publié en 1869 (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. x), j'ai cité un exemple de la même variété de grenouillette, qui ne se prête pas davantage à cette explication.

De cette discussion, à laquelle j'ai été conduit par le mémoire de M. Claudot, je conclus qu'un surcroît d'enquête est encore nécessaire pour que l'accord se fasse entre les chirurgiens sur ce point de pathogénie très-controversé.

Corps étrangers des voies salivaires.

La deuxième partie du mémoire de M. Claudot est consacrée à l'étude des lésions des voies salivaires produites par la présence de corps étrangers à leur intérieur, dont les uns s'y sont introduits de l'extérieur et les autres y ont pris naissance directement, tels sont les calculs salivaires.

Corps étrangers provenant de l'extérieur.

Les exemples en sont peu nombreux; les bulletins de la Société de chirurgie, où se produisent la plupart des faits rares de clinique, n'en contiennent qu'un seul, que nous devons à Robert.

OBSERVATION. — *Soie de sanglier introduite dans le conduit de Warthon.*

Cette observation a trait à un individu cordonnier de son état, et qui depuis longtemps était atteint d'un gonflement douloureux et considérable d'un des côtés du plancher de la bouche. La glande sous-maxillaire tuméfiée parut être le siége d'un engorgement inflammatoire chronique; la pression peu douloureuse produisit un écoulement assez abondant de muco-pus par l'orifice ulcéré du canal de Warthon. Le cathétérisme de celui-ci conduisit le stylet explorateur à un pouce de profondeur dans sa cavité, sans y reconnaître la présence d'un calcul salivaire, ni d'aucun autre corps étranger. Le diagnostic porté par Robert fut que le malade était atteint d'une inflammation de la glande sous-maxillaire, et un traitement approprié fut conseillé; trois mois plus tard, le malade prévint son chirurgien qu'il sentait sous sa langue l'extrémité d'une soie de sanglier dont la piqûre lui était intolérable. Robert fit l'extraction du corps étranger, qui n'était autre qu'un des crins dont font usage les cordonniers. La guérison ne tarda pas à suivre l'extraction du corps étranger.

Une seconde observation analogue à celle-ci est rapportée par M. Claudot, à qui elle est personnelle.

OBSERVATION. — *Grenouillette salivaire aiguë suppurée consécutive à l'introduction accidentelle d'un corps étranger (épillet de graminée dans le canal de Warthon*, par M. Claudot, chirurgien à l'hôpital militaire de Fort-National.

J..., soldat, âgé de trente-trois ans, présente, le 7 janvier 1873, une petite tumeur sublinguale, fluctuante, dont le début a été brusque, accompagné d'un peu de fièvre et de malaise général. A la visite du 8, M. Claudot constate au-dessous et en dedans du maxillaire inférieur une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, mobile et de consistance ferme; elle est manifestement constituée par la glande sous-maxillaire elle-même qui fait une double saillie, d'une part dans

la bouche et de l'autre dans la région sushyoïdienne. A partir de tumeur, qu'elle continuait sans doute bien qu'elle parût en être distincte, on sent une autre tumeur allongée sous forme d'amande, dont la petite extrémité correspond sensiblement à l'orifice du canal de Warthon.

Cette tumeur, élastique plutôt que fluctuante, n'est autre que ce conduit dilaté et enflammé comme le démontre la sortie par son orifice d'un liquide crémeux, blanchâtre, semi-purulent, quand on exerce sur la tumeur une pression un peu forte.

La première idée qui vint à l'esprit de M. Claudot fut la même qu'avait eue Robert dans le cas précédent, ce fut celle d'une concrétion salivaire oblitérant le conduit de la glande. Toutefois, après avoir pu aisément sonder celui-ci et y pénétrer à une profondeur de 5 centimètres, sans y rencontrer d'obstacles, et après y avoir poussé une injection d'eau tiède qui arriva jusque dans la poche kystique, notre confrère ne crut pas à la présence d'un corps étranger, et il institua un traitement antiphlogistique, composé d'onctions mercurielles, de gargarismes, de cataplasmes et du cathétérisme, qui fut continué.

Après une huitaine de jours de ce traitement, bien que l'inflammation eût en partie cédé, le kyste sublingual, un peu moins distendu, n'en conservait pas moins son volume, seulement la fluctuation y était plus apparente.

M. Claudot se décida à l'ouvrir avec le bistouri dont la pointe vint heurter immédiatement contre un petit corps étranger à surface rugueuse, qui fut ramené sans peine sur la pointe même de l'instrument.

L'examen de ce corps démontra qu'il était formé d'un fragment d'épi long de 2 centimètres, composé d'un petit axe central et de quatre folioles ou balles supportées elles-mêmes par des pédicules très-grêles. En un mot, c'était bien un épillet de graminée sur lequel s'était fait un dépôt très-léger de sel, contenus dans la salive.

La poche se vida facilement par l'incision et, comme chez le malade de Robert, la guérison fut prompte et radicale. Il est bon de noter toutefois que l'engorgement de la glande sous-maxillaire n'était pas encore complétement dissipé au bout de trois mois.

Une troisième observation reproduite par l'auteur est empruntée à un journal de la Nouvelle-Orléans (*Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, 1873), et a pour titre :

Observation. — *Calcul salivaire formé autour d'une arête de poisson dans le conduit de Warthon; expulsion spontanée du calcul*, par M. le docteur Delery, de la Nouvelle-Orléans.

M. P..., après avoir soupé d'une truite au court bouillon, se couche de bonne heure et dort d'un profond sommeil, qui est subitement interrompu, vers deux heures du matin, par de très-vives douleurs dans les régions sublinguales et sous-maxillaires droites, qui sont très-notablement tuméfiées. Une application de sangsues (*loco dolenti*) et des cataplasmes furent prescrits. Les accidents cessèrent. M. P..., continua à souffrir, mais d'une manière supportable. Ce qui le gênait surtout, c'était une sensation fort incommode qui l'obligeait à passer fréquemment sa langue sur l'extrémité du conduit de Warthon, comme on fait pour dégager un fragment alimentaire engagé sous la langue et entre les dents. De 1837, époque du début de la maladie, jusqu'en 1840, M. P..., éprouva deux violentes crises analogues à celle qui en avait marqué le début. Dans l'intervalle de celles-ci, la tuméfaction sublinguo-maxillaire persistait toujours de plus en plus douloureuse; la langue, déviée de sa direction, tendait à se placer de champ, la mastication était très-difficile, M. P... en était réduit à ne plus guère se nourrir que d'aliments liquides. Ce ne fut qu'en 1840 qu'un chirurgien sonda le canal de Warthon et y découvrit la présence d'une pierre dont il remit l'extraction au lendemain. Un accès de douleurs des plus intenses suivit le cathétérisme; le malade, en passant comme d'habitude la langue sur la tumeur, y éprouva la sensation d'une piqûre. S'étant aussitôt placé en face d'une glace, il reconnaît qu'un calcul se présente sous forme d'une pointe. Lui-même alors, à l'aide d'une grosse épingle, chercha à l'extraire, ce qu'il parvint à faire très-beureusement.

« Le calcul que j'ai sous les yeux, dit M. le docteur Delery, peut avoir de 4 à 5 lignes de longueur sur une demie de circonférence, il a l'apparence de ces petites dragées longues et rugueuses dont les confiseurs se servent pour remplir leurs cornets. De couleur blanche au moment de l'extraction, il a jauni; une arête centrale déborde à l'une de ses extrémités la concrétion pierreuse d'environ un quart de ligne. C'est autour de cette petite arête que le dépôt des sels salivaires s'est fait. Le calcul qui en est résulté a la forme d'un cône dont le sommet, tourné en avant, s'était engagé dans l'orifice de Warthon dilaté.

Ces trois observations, auxquelles on pourrait peut-être en ajouter d'autres, en compulsant les travaux qui ont eu pour objet spécial les

lésions des organes salivaires, sont cependant assez rares, je le répète, pour qu'il m'ait semblé opportun de vous en présenter une analyse qui vous en fasse apprécier l'intérêt.

Si l'introduction de corps étrangers dans le conduit de Warthon ne s'observe qu'exceptionnellement chez l'homme, il n'en est pas de même, à ce qu'il paraît, sur les animaux domestiques; les ouvrages de médecine vétérinaire prouvent que les affections dite *parotite maxillite* se développent souvent chez les animaux qui font usage d'aliments durs et aigus, pouvant s'enfoncer dans la conduite extérieure des glandes salivaires. Les renseignements recueillis par M. Claudot de plusieurs vétérinaires de l'armée lui ont appris que les grenouillettes, avec stomatite et inflammation suppurative, sont observées fréquemment sur le cheval, et que l'extraction des corps étrangers, indication fondamentale de la thérapeutique, est le seul moyen de les faire cesser promptement.

Ce n'est pas seulement pour les corps étrangers accidentellement introduits dans les conduits salivaires que cette indication s'impose d'une manière absolue, c'est aussi pour les concrétions qui s'y forment spontanément, les phénomènes morbides dus aux uus et aux autres étant généralement identiques. Toute autre direction imprimée par le chirurgien à son intervention l'expose à faire fausse route.

L'observation suivante, qui appartient à M. Terrier, et dont il me reste à vous entretenir, viendra, je crois, à l'appui de cette manière de voir. Voici le fait succinctement, mais complétement analysé et reproduit dans ses parties essentielles.

Observation. — *Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire.— Élimination spontanée d'une partie du calcul par la cavité buccale. — Extraction de l'autre partie après l'ablation de la glande sous-maxillaire par la région sushyoïdienne.*

Le nommé R..., âgé de cinquante-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 28 juillet 1873, dans le service de M. Casco, salle Saint-Jean. Cet individu s'aperçut, il y a deux ans, de l'existence d'une tumeur siégeant au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Ses progrès furent lents, quoique continus, pendant un au, mais sans gêne notable pour le malade.

Il y a six mois, la tumeur se dessina à l'intérieur de la bouche, sur le côté de la langue, en même temps qu'elle s'accrut à l'extérieur. De plus, une sécrétion de liquide blanchâtre et fétide se produisit au

niveau du frein. M. Cusco, consulté par le malade, lui conseilla un traitement interne arsenical et des gargarismes. Un mois plus tard, vers la fin de juin, la tumeur intra-buccale s'abcéda, et avec le pus il en sortit un calcul blanc du poids de 2 grammes 16 centigrammes, de forme conique, à surface lisse, et dont la base, offrant 13 millimètres de diamètre, semble constituée par une brisure opérée sur un calcul plus volumineux *dont une portion, par conséquent, resterait incluse dans les voies salivaires.*

M. Cusco, à qui R... porta son calcul, fut de cet avis; et il le lui exprima après avoir débridé l'orifice de l'abcès et fait une exploration suivie de quelques tentatives d'extraction. Au bout de quelques jours, la malade se crut guéri, l'ouverture intra-buccale était presque oblitérée; la salive toujours sécrétée en quantité anormale avait cessé d'être infecte; plus d'écoulement muco-purulent par le canal de Warthon.

Le 29 juillet, il entre à l'hôpital, où M. Terrier, chargé du service par intérim, le soumit à un examen attentif qui lui fit constater le développement simultané de la tumeur du côté de la région sus-hyoïdienne et à l'intérieur de la bouche. Le doigt sent sous la membrane muqueuse une crête dure, résistante, répondant aux molaires et dirigée d'arrière en avant. La tumeur sous-maxillaire est mobile, résistante et plus molle en arrière. C'est en pressant sur ce point par l'intérieur de la bouche qu'on fait facilement sourdre sous la langue un liquide purulent et fétide. Il semble y avoir en ce point une sorte de cavité se remplissant de muco-pus et communiquant avec l'un des rameaux du canal de la sous-maxillaire. Il suffit d'y regarder pour s'assurer que cet écoulement provoqué a lieu par l'orifice du conduit de Warthon. Le liquide est mêlé d'une matière d'apparence albumineuse qui, moulée à l'intérieur du conduit, offre l'aspect de brins de vermicelle cuit. L'hypersécrétion de diverses glandes et glandules salivaires est entretenue par cet état morbide, à tel point que le malade emplit jusqu'à sept crachoirs par jour.

D'après l'exposé symptomatique qui précède, le diagnostic de la maladie était facile. Nul doute sur son origine, due à la présence d'une concrétion salivaire; nul doute sur la nature de la tumeur, qui n'est autre que la glande sous-maxillaire enflammée et indurée; nul doute, non plus, suivant moi, sur l'indication thérapeutique également prescrite par les antécédents et les symptômes actuels, qui était de remonter à la source du mal par les voies naturelles, celles que la nature avait spontanément suivies pour s'en débarrasser en partie.

Tel ne fut pas l'avis de M. Terrier, qui résolut d'intervenir chirurgicalement en enlevant la plus grande partie de la tumeur faisant saillie à la région cervico-maxillaire, et cela après avoir pris conseil d'un de ses amis, M. Le Dentu, notre collègue, qui fut de son avis. Dans ce but, après avoir incisé la peau et le muscle peaucier, comme s'il se fût agi de pratiquer la ligature de l'artère linguale, il disséqua la glande sous-maxillaire, non sans beaucoup de difficultés provenant des adhérences qu'elle avait contractées, de l'ouverture d'un grand nombre de petits vaisseaux, de l'hémorrhagie due à la lésion de l'artère faciale qu'il fallut lier à ses deux extrémités, enfin de l'ouverture de la veine faciale qu'il dût comprimer. Cette opération laborieuse conduisit à une très-petite distance du plancher buccal, et pour ne pas ouvrir largement la bouche, dit M. Terrier, il se borna à réséquer à deux reprises toute la partie isolée de la glande, se réservant de détruire par les caustiques ce qui en restait, c'est-à-dire un centimètre et demi environ d'épaisseur.

L'observation nous dit que le tissu glandulaire restant était très-dur, résistant, et que l'exploration la plus attentive, faite avec la sonde cannelée, n'y fit découvrir aucune trace de concrétion salivaire.

Le surlendemain de cette première opération, qui fut faite le 20 août, et qui, dans la nuit suivante, donna lieu à une légère hémorrhagie, M. Terrier plaça au fond de la plaie une rondelle de caustique de Canquoin, deux jours après cette première cautérisation (24 août), quatre petites flèches caustiques, dont la voie dût être frayée à l'aide du bistouri, furent placées dans l'épaisseur même du tissu glandulaire. Des phénomènes inflammatoires intenses se sont montrés à la suite de cette cautérisation, et l'opéré a beaucoup souffert. Du 24 au 30 août, les escarres se détachèrent complétement, et la plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation qui tend de plus en plus à oblitérer le trajet fistuleux qui subsiste encore.

Les phénomènes de sécrétion et d'écoulement de salive purulente et fétide se sont modifiés, elle est moins abondante, et son odeur s'est améliorée. Toutefois on y trouve toujours des cylindres de muco-pus, et le malade remplit encore trois crachoirs par jour.

L'exploration faite à cette époque, à l'aide d'un doigt porté dans la bouche et l'autre placé sur la plaie, permit de s'assurer qu'il y existait encore une tumeur dure, résistante, du volume d'une noisette. Etait-ce un calcul, ou bien simplement un reste de glande à l'état d'induration; dans l'incertitude, M. Terrier fit dilater le trajet fistuleux sous-maxillaire avec la laminaire, résolu d'user de nouveau des caustiques, s'il le fallait.

Cette troisième cautérisation ne fut pas nécessaire. En sondant la plaie avec un stylet, on sentit un corps rugueux résistant : c'était un fragment de calcul salivaire appartenant sans doute à celui dont l'élimination avait été spontanée. L'extraction en fut faite avec une pince à pansement.

Il était un peu moins volumineux que le précédent, et il n'est pas douteux que les deux réunis n'en faisaient qu'un seul. L'analyse chimique montra qu'ils étaient l'un et l'autre formés de phosphate de chaux.

Une fois cette concrétion calculeuse enlevée, la suppuration du canal de Warthon disparut, la salive reprit progressivement ses caractères physiologiques, mais elle ne s'écoule qu'en faible quantité du côté opéré. R..., revu deux mois plus tard, était complétement guéri. Il ne lui restait plus que la trace extérieure de l'opération à laquelle il avait été soumis.

J'ignore, messieurs, ce que vous penserez du mode de traitement que l'auteur a cru devoir mettre en usage dans le cas pathologique dont je vous ai donué l'exacte reproduction.

Quant à moi, j'ai déjà fait connaître mon opinion en indiquant une voie thérapeutique opposée à celle qu'il a suivie. Bien des détails de l'observation de M. Terrier me viendraient en aide, s'il en était besoin, pour justifier ma manière de voir. Un seul me suffira. Je veux parler de la nécessité où a été notre jeune confrère d'enlever presque la totalité de la glande sous-maxillaire, sans pouvoir atteindre le corps étranger qu'il n'a rencontré qu'après être arrivé par la destruction successive du tissu glandulaire au moyen des caustiques jusque sur le plancher buccal ; ce qui démontre que le calcul salivaire s'en rapprochait bien plus que de la région cervicale, et que c'était sous la muqueuse et à l'intérieur des racines du conduit de Warthon qu'il avait son siége, et que c'est bien là qu'il fallait le chercher.

Au surplus, n'avait-on pas pour raison de choisir cette voie l'élimination spontanée par la bouche d'un premier fragment de calcul qui autorisait à penser qu'un second fragment n'était pas bien loin du premier, et en se reportant à la tumeur formant un relief en forme de crête dure et résistante au niveau des dents molaires, et dont l'effacement a promptement suivi l'extirpation du calcul, on était, je crois, fondé à rechercher, par une incision pratiquée sur ce relief, s'il n'était pas dû, comme cela me semble très-vraisemblable, à la présence du calcul lui-même en ce point d'où il eût été facile de l'extraire.

M. Terrier invoque à l'appui de l'opération qu'il a pratiquée l'existence qu'il supposait de concrétions multiples disséminées dans le tissu glandulaire, et il avoue qu'il a été quelque peu étonné de n'en rencontrer aucune dans la portion de glande enlevée avec le bistouri, et c'est surtout ce qui l'a déterminé, ajoute-t-il, à pousser aussi loin que possible la destruction du reste de la tumeur par les caustiques.

Je ne veux pas contredire la logique chirurgicale de l'auteur je me borne à ne pas la partager et à faire remarquer que c'est précisément, suivant moi, cette absence de concrétious salivaires qui lui montrait qu'il était dans une mauvaise voie, d'où il lui était bien difficile, je le reconnais, de se retirer sans aller jusqu'au bout une fois qu'il s'y était engagé.

Du reste, l'examen microscopique fait par MM. Cornil et Ranvier, en constatant la nature purement inflammatoire du tissu glandulaire, a prouvé, à son tour, qu'aucune raison anatomique n'exigeait qu'il fût détruit.

Il me semble donc à propos de reconnaître que, sans diminuer l'intérêt hystologique et symptomatique de l'observation de M. Terrier, il y a lieu de faire une réserve en ce qui touche au traitement chirurgical. Supprimer dans un cas semblable la glande sous-maxillaire pour guérir une lésiou de sécrétion et une inflammation consécutive, nous paraît être un procédé par trop sommaire et d'une exécution entourée de trop de dangers pour qu'il puisse avoir des imitateurs.

Votre commission, pour corollaire à ce rapport, qui comprend l'analyse du mémoire de M. le docteur Claudot et l'observation de M. Terrier, vous propose : 1° d'adresser à chacun une lettre de remercîments pour leur communication pleine d'intérêt; 2° de renvoyer leur travail au comité de publication, qui décidera si le rapport ne suffit pas pour en faire connaître la nature et mettre en relief l'enseiguement clinique qui en ressort.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

F

G

H

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

Paris. — Typographie Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19.